

Evaluatie zorginkoop en nieuwe werkwijze SDA

Rapport I&O Research

i&o research

www.ioresearch.nl

Colofon

Uitgave
I&O Research
Piet Heinkade 55
1019 GM Amsterdam

Rapportnummer
2023/200 - definitief

Datum
29 november 2023

Opdrachtgever
Sociaal Domein Achterhoek

Auteurs
Rachel Beerepoot
Leon Heuzels
Naïma van Huizen
Teije ten Den

Copyright
Het overnemen uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Samenvatting 4

1 Inleiding 12

1.1 Achtergrond 12
1.2 Onderzoeksvragen 12
1.3 Methoden 13
1.4 Leeswijzer 14

2 Achtergrond onderzoek 16

3 Visie 18

3.1 Aanleiding en achtergrond nieuwe werkwijze 18
3.2 Invulling nieuwe werkwijze 20
3.3 Reflectie op visie 21
3.4 Belangrijkste bevindingen 27

4 Uitvoering nieuwe werkwijze na inkoop 29

4.1 Implementatie nieuwe werkwijze 29
4.2 Samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten 30
4.3 Belangrijkste bevindingen 36

5 Resultaten 37

5.1 Dekkend zorglandschap 37
5.2 Cliëntperspectief 39
5.3 Minder aanbieders 41
5.4 Financiële doelen 42
5.5 Inhoudelijke transformatie en kwaliteitsverbetering 43
5.6 Belangrijkste bevindingen 45

6 Conclusies en oplossen van knelpunten 46

6.1 Conclusies 46
6.2 Succesfactoren 48
6.3 Knelpunten en oplossingen 49
6.4 Governance SDA 51

A Overzicht onderzoeksvragen en methoden 54

A.1 Deelvragen onderzoek 54
A.2 Interviews en groepsgesprekken 55
A.3 Geraadpleegde documenten 56

Samenvatting

De acht gemeenten vertegenwoordigd in het Sociaal Domein Achterhoek (Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oude-IJsselstreek, Oost-Gelre, Winterswijk) sloten in 2022 nieuwe contracten af voor het leveren van zorg en ondersteuning in het kader van de Wmo, Jeugdhulp en Wonen. Met het nieuwe contract werd ook een nieuwe werkwijze geïntroduceerd, waarin de meest opvallende wijziging financieel gezien een overstap naar lumpsumbekostiging betrof. Inhoudelijk is er een stap gezet richting resultaatgericht werken. De looptijd van de contracten is drie jaar, met een optie om deze twee keer met twee jaar te verlengen. Indien de Achterhoekse gemeenten, verenigd in Sociaal Domein Achterhoek (hierna ook: SDA), geen gebruik willen maken van de mogelijkheid om te verlengen, moeten zij eind 2023 besluiten over opzegging van de contracten, omdat bij het besluit om niet te verlengen opnieuw aanbesteed moet worden.

I&O Research is door SDA gevraagd een evaluatie van de nieuwe werkwijze uit te voeren met daarin de resultaten tot nu toe. Met de bevindingen uit deze evaluatie wordt een advies voor contractverlenging geschreven. Deze evaluatie is overigens inhoudelijk van aard en niet gericht op het inkoopproces zelf. Ook moet in ogenschouw genomen worden dat de nieuwe werkwijze pas een jaar actief is en meerjarendoelstellingen nog niet bereikt kunnen zijn. Daarbij staat in dit onderzoek de volgende onderzoeksvraag centraal:

“Bieden de resultaten van de werkwijze sinds 1 juli 2022 (inhoudelijk, financieel) voor Wmo en Jeugdhulp in de acht Achterhoekse gemeenten voldoende aanknopingspunten om de contracten na 1 juli 2025 te verlengen?”

Voor dit onderzoek zijn groepsgesprekken en interviews gehouden met 1) gemeentelijke medewerkers (beleidsmedewerkers, CLM’ers, management, portefeuillehouders, backoffice, inkoop, financials), 2) zorgaanbieders en 3) consulenten uit de gemeentelijke toegang. Daarnaast kregen alle zorgaanbieders de mogelijkheid een schriftelijke reactie in te dienen. In totaal is gesproken met ± 120 betrokkenen bij de nieuwe werkwijze. Daarnaast is er deskresearch uitgevoerd en zijn relevante documenten bestudeerd. Deze samenvatting presenteert de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek.

Achtereenvolgens komen in deze evaluatie naar voren:
1 Een reflectie op de visie en nieuwe bekostigingssystematiek;
2 De implementatie van de nieuwe werkwijze;
3 De samenwerking tussen gemeenten en zorgaanbieders;
4 De eerste resultaten van de nieuwe werkwijze;
5 Positieve punten, verbeterpunten en aanbevelingen.

Reflectie op de visie en bekostigingssystematiek

Concreet betekent de nieuwe werkwijze dat het sociaal domein inhoudelijk en financieel in de Achterhoek op de schop is gegaan. Inhoudelijk moet in plaats van productgericht, nu resultaatgericht gewerkt worden. Het te behalen resultaat (het 'wat') wordt door de gemeentelijke toegang en cliënt bepaald. De zorgaanbieder zet zijn kennis en deskundigheid in om dit resultaat te behalen. De zorgaanbieder kan zelf bepalen op welke wijze dit resultaat behaald wordt (het 'hoe'). De financiële transformatie is de overstap naar een andere manier van bekostigen, inkopen en contracteren. Het streven was een taakgerichte bekostiging op basis van lumpsum met een vast bedrag voor een complete cliëntengroep voor een langere periode; een einde aan het 'uurtje factuurtje' denken. Voor het berekenen van de lumpsum wordt een zogenaamde plekprijs gehanteerd. De plekprijs is de prijs van een plek per jaar. Deze plek kan door één of door meerdere cliënten opvolgend bezet worden gehouden. De prijs per plek is een gemiddelde prijs van alle plekken die zorgaanbieder in een segment aanbiedt.

Vanuit de betrokken partijen is er begrip (en steun) voor de beweging die Sociaal Domein Achterhoek heeft gemaakt, waaruit de nieuwe werkwijze voortkwam. Er is een besef dat de kosten voor zorg en ondersteuning beheersbaar moeten blijven en de achterliggende gedachten van samenwerking, partnerschap, zorgaanbieders in de kracht zetten en vertrouwen worden gedragen. Kortom: de visie wordt gedragen. Tegelijk wordt de vertaalslag van de visie naar de uitvoering als onvolledig ervaren, zo blijkt dat niet iedereen dezelfde definities hanteert op het gebied van bijvoorbeeld preventie en een dekkend zorglandschap. Ook bestaan verschillende opvattingen over wat men verstaat onder samenwerking en wat daarbij te behalen resultaten zijn. Zowel binnen de gemeenten, tussen gemeenten, als bij zorgaanbieders. Dit maakt dat niet altijd aan dezelfde stip op de horizon wordt gewerkt.

Reflecterend op de visie en dan met name op de uitwerking van de bekostigingssystematiek, komen er ook enkele kanttekeningen naar voren die door alle drie partijen (gemeentelijke medewerkers, consulenten en zorgaanbieders) worden herkend en benoemd. Betrokkenen zijn het erover eens dat met name de berekening van de lumpsum via de plekprijs een ontzettend ingewikkelde exercitie is geworden. Door het toevoegen van allerlei voorwaarden, controlemechanismen en uitzonderingen overzien veel betrokkenen de complexiteit van het systeem niet meer. Een veel genoemd argument is dat Wmo- en jeugdzorg complexe materie is met veel verschillende hulpvragen die wisselen in intensiteit en de beste behandeling. Deze vallen niet eenvoudig in een gemiddelde plekprijs te vangen. Zeker niet wanneer binnen dat tarief ook nog kosten voor samenwerking en preventie moeten worden opgenomen, met allerlei variabelen die gehuld zijn in onzekerheid.

Gezamenlijk vragen velen binnen de drie partijen zich af of de werkelijke bekostigingssystematiek wel lumpsum is. De wens voor controle heeft geleid tot het afrekenen van de 'zorgproductie' in dagen, wat meer doet denken aan PxQ dan aan lumpsum. Er lijkt in de Achterhoek een soort mengelmoes van verschillende bekostigingssystematieken te zijn ontworpen, waarvan enkele uitgangspunten elkaar tegenspreken. Bijvoorbeeld de wens voor administratieve lastenverlichting versus de (later toegevoegde) wens om controle te houden. In de praktijk heeft het ertoe geleid dat er bij zorgaanbieders, financiële en backofficemedewerkers van gemeenten juist sprake is een administratieve lastenverzwaring.

Hoewel deze evaluatie niet al te gedetailleerd ingaat op het aanbestedingsproces, volgt uit deze evaluatie wel dat er ook interpretatiefouten zijn gemaakt doordat begrippen niet correct zijn geïnterpreteerd, waarvan het belangrijkste gevolg is dat veel zorgaanbieders zich verrekend hebben en een foutieve inschrijving indienden. De aanbestedingsprocedure is door zorgaanbieders als onduidelijk of zelfs onvolledig ervaren. Een aantal gemeentelijke medewerkers geeft aan dat hier ook al signalen voor waren, onder meer uit het gegeven dat er plusminus 2.400 vragen zijn ingediend (en 3 rechtszaken zijn aangespannen) door aanbieders naar aanleiding van de aanbestedingsdocumenten.

Implementatie nieuwe werkwijze

Na een lange aanloop en aanbesteding volgde de implementatie van de nieuwe werkwijze snel. Voor met name consulenten, maar ook zorgverleners bij zorgaanbieders was het in eerste instantie onvoldoende duidelijk hoe zij met de nieuwe werkwijze aan de slag moesten. De werkwijze sijpelde van bovenaf onvoldoende door naar de werkvloer. Zorgaanbieders merkten dat de nieuwe werkwijze onvoldoende was doorgedrongen in de gemeentelijke toegang, consulenten en andere gemeentelijke medewerkers zeggen hetzelfde over zorgaanbieders. Daarnaast blijven gemeenten binnen het SDA elk een eigen werkwijze hanteren, waardoor er geen sprake is van een uniforme nieuwe werkwijze in de praktijk.

Bestuurlijke samenwerking gemeenten en zorgaanbieders

De nieuwe werkwijze gaat sterk uit van partnerschap en samenwerking. Als we kijken naar de onderlinge relaties tussen zorgaanbieders en gemeenten op bestuurlijk niveau, zijn de relaties tussen beide partijen sterk verslechterd. Er wordt gesproken van ‘verziekte’ onderlinge verhoudingen. Vanuit zorgaanbieders zijn er verschillende punten van frustratie waarin zij zich niet gehoord voelen. Ten eerste vinden zij dat er onvoldoende is geluisterd naar hun bezwaren en vragen in de aanbesteding. Ten tweede kwam een deel van de zorgaanbieders in het eerste lumpsumjaar financieel niet uit, omdat zij in de aanbesteding een onjuiste prijs hebben afgegeven, minder cliënten krijgen dan waarvoor zij hebben ingeschreven of cliënten aangeboden kregen met een andere/zwaardere hulpvraag dan verwacht. Het SDA kwam hen, volgens de zorgaanbieders, hierin onvoldoende tegemoet. In het tweede lumpsumjaar volgde een hogere indexatie dan verwacht voor de SDA. Dit leidde tot conflicten tussen de partijen.

Ondertussen is hier een extern onderzoek (door onderzoekscentrum PPRC) aan gewijd. Zij kwamen tot de conclusie dat de nieuwe tarieven in lijn zijn met de landelijke ontwikkeling. Tegelijk zijn er vanuit de gemeenten ook signalen dat er aanbieders zijn die proberen te corrigeren voor de verrekening die zijn hebben gemaakt in de aanbesteding. Gemeenten ervaren ook dat zorgaanbieders moeten onderschrijven dat zorg en ondersteuning efficiënter moet. En dat hier gezamenlijk een oplossing voor gezocht moet worden, waarbij niet altijd vanuit de eigen organisatie beredeneerd kan worden. Ook zien gemeenten dat zorgaanbieders soms niet altijd goed de eigen administratie bijhouden en er hierdoor onnodig geld uitgegeven wordt. Gemeenten betalen namelijk voor elke dag dat een cliënt in zorg is. Dit is vanaf het startbericht van de zorgaanbieder tot het eindbericht en onafhankelijk van hoeveel dagen een zorgaanbieder daadwerkelijk zorg levert. Gemeenten zien dat zorgaanbieders soms een startdatum opgeven ver voordat de zorg daadwerkelijk van start gaat.

Tot slot loopt momenteel een discussie over het enkel toekennen van één indicatie per cliënt (de afschaffing van zogenaamde parallelle indicaties). Dit betekent dat indicaties worden afgegeven

en er meer of andere zorg nodig blijkt, zorgaanbieders dit onderling afstemmen. Zowel zorgaanbieders als consulenten zijn tegen één indicatie per cliënt. Consulenten zijn tegen afschaffing van parallelle indicaties, omdat er onvoldoende maatwerk mogelijk is bij afschaffing. Zorgaanbieders noemen dat zij niet altijd de consequenties aan de voorkant van een traject kunnen overzien. Zij hebben bijvoorbeeld niet de juiste onderaannemers of zijn niet gecontracteerd in een segment, waardoor ze dat bij een andere partij moeten inkopen. Soms ook tegen een hoger tarief dan wat zij zelf ontvangen.

Samenwerking in de uitvoering

Over de samenwerking op het niveau van de uitvoering zijn partijen meer te spreken. Relaties tussen zorgverleners en consulenten zijn over het algemeen goed en worden een stuk positiever omschreven. Zorgaanbieders merken dat zij nog niet bij alle consulenten goed in beeld zijn. Ook consulenten geven aan dat zij cliënten vaak verwijzen naar zorgaanbieders waarmee zij goed bekend zijn en goede ervaringen hebben. Daarnaast zien zorgaanbieders dat consulenten soms nog onvoldoende met de nieuwe werkwijze werken en willen beschikken in uren of te veel op de stoel van de zorgaanbieder gaan zitten.

Hieruit volgt de vraag of het ‘wat’ en ‘hoe’ wel los van elkaar te zien is, hier in een strikte scheiding is te maken en of de rol van de consulent wel beperkt moet blijven tot het wat. Consulenten merken op hun beurt dat zorgaanbieders de lumpsum bedragen vaak terugrekenen naar uren en soms niet bereid zijn meer uren te leveren dan het gemiddelde aantal dat zij hebben afgegeven voor de plekprijs. Dit is een effect van de financiële discussie op bestuurlijk niveau, met gevolgen voor de uitvoering. Ook het contact tussen contractmanagement en zorgaanbieders verloopt over het algemeen goed. Zorgaanbieders geven echter aan dat contractmanagers vaak aan het beleid gebonden zijn. Ze luisteren en hebben begrip hebben voor aangedragen problemen, maar kunnen vervolgens zorgaanbieders hierin niet tegemoetkomen.

Vanuit alle partijen wordt daarnaast aangegeven dat er nog geen goed systeem is voor het monitoren van resultaten van de nieuwe werkwijze. Er zijn (nog) geen kpi’s geformuleerd aan de hand waarvan dit mogelijk is. Ook wordt monitoring gecompliceerd door de lokale invulling van de werkwijze door gemeenten. Hierdoor is sturing op de doelstellingen nog nauwelijks van de grond gekomen.

Resultaten tot nu toe

Uit de resultaten blijkt dat er nog voldoende verbeterpunten zijn ten aanzien van de nieuwe werkwijze. De belangrijkste bevindingen ten aanzien van de resultaten zijn:

- Dekkend zorglandschap: Men is van mening dat er alleen op papier sprake is van een dekkend zorglandschap. Met name in Oost-Achterhoek zeggen consulenten dat zij cliënten niet altijd goed geplaatst krijgen, of alleen met een lange reistijd.
- Cliëntperspectief: Er zijn verschillende ervaringen. Mensen die al een indicatie hadden en waarbij er geen verandering is in zorg die geboden wordt hebben waarschijnlijk weinig gemerkt. Mensen met een complexe zorgvraag die het afgelopen jaar een aanvraag hebben gedaan hebben mogelijk gemerkt dat zij lang moeten wachten op de juiste plek. Ook hebben zij niet altijd de juiste zorg kunnen krijgen omdat er maar één indicatie per cliënt mogelijk is. Ook cliënten waarbij zorg is afgeschaald omdat de zorgaanbieder anders financieel niet uitkwam hebben gemerkt dat zij minder zorg krijgen.

- Minder aanbieders: Teruggaan naar 59 zorgaanbieders leidt er niet automatisch toe dat er meer overzicht is omtrent elke ondersteuning die beschikbaar is. Ook toen er nog 300 aanbieders regionaal beschikbaar waren, werd per gemeente niet iedere van die 300 aanbieders ingezet. Mede door het verloop in het personeelsbestand bij zowel zorgaanbieders als consulenten moet er aandacht blijven voor welke zorgaanbieder welke hulpvragen op kan pakken.
- Inhoudelijke transformatie en kwaliteitsverbetering: Op het moment van schrijven is op dit gebied nog weinig tot geen resultaat geboekt door de gemeenten en de zorgaanbieders op het gebied van samenwerking en transformatie met het preventieve en voorliggende veld. Door de financiële problemen is men hier nog niet aan toegekomen.
- Financiële doelen: Zorgaanbieders konden niet uit met de gemiddelde plekprijzen in het eerste lumpsumjaar. Deze prijzen zijn inmiddels geïndexeerd. Ook zijn er door de plekprijs prikkels om alleen cliënten met een lichtere hulpvraag aan te namen, waardoor sommige zorgaanbieders enkel cliënten met zwaardere zorgvragen krijgen. Zorgaanbieders krijgen daarnaast per dag afgerekend. Daarbij is het startbericht en het stopbericht leidend. Er is geen prikkel om de zorg sneller af te ronden dan nodig is, de prikkel is eerder andersom. Dit gaat tegen de gedachte van lumpsum in en heeft een kostenverhogend effect.

Positieve punten

Tegelijk is het ook niet alleen maar negatief wat uit de evaluatie naar voren komt. Samenwerking tussen aanbieders komt her en der op gang na een periode van aftasten en in het 'grijze gebied' van complexe hulpvragen waarderen zorgaanbieders het dat zij meer ruimte krijgen om te handelen naar wat volgens hun inzicht het beste is. Ook is er vanuit beide 'kampen' een bereidheid om de discussie op de inhoud te gaan voeren, in plaats van enkel een financiële discussie. Er is hoop dat de tweede lumpsumperiode waarschijnlijk de ruimte hiertoe biedt. Andere punten die (deels) als positief worden gezien zijn:

- Minder discussie over extra (of uitbreiding van) indicaties. Een duidelijk positief punt wat uit de scheiding tussen 'wat' en 'hoe' naar voren komt is dat er minder tijd verloren gaat aan discussies over in te zetten zorg tussen de consulent en de zorgaanbieder. Er zijn minder discussies over toekenning van extra uren, verlengen van beschikkingen, zware of lichte ondersteuning. Kanttekening hierbij is wel dat dit alleen opgaat voor ondersteuning waarbij alle ondersteuning door de gecontracteerde zorgaanbieder geboden kan worden. Wanneer andere vormen van ondersteuning ingezet moeten worden waarvoor de aanbieder niet is gecontracteerd, komen de knelpunten rond parallelle indicaties weer naar voren.
- Meer uitstroom naar Wlz: Zorgaanbieders kijken eerder of cliënten met chronische of progressieve ziektebeelden niet beter kunnen uitstromen naar de Wlz. Dit zijn cliënten die vaak langere tijd constante zorg en aandacht nodig hebben. Omdat zorgaanbieders de vergoeding hoger, maar ook zeker de administratieve lasten bij de Wlz lager, inschatten zetten zorgaanbieders in op uitstroom naar de Wlz. Dit scheelt de gemeenten hoge kosten.
- Consulenten denken beter na over wat zorg moet opleveren: Hoewel het niet gelijk duidelijk was voor consulenten wat van hen verwacht werd in de nieuwe werkwijze geven zij aan er nu voorzichtig wel een omslag is in denken ten opzichte van de vorige werkwijze. Ze denken beter na over wat de zorg moet opleveren.
- Eerste aanzet tot onderlinge samenwerking van zorgaanbieders: Zorgaanbieders die zich verenigd hebben in coöperaties waarbij meerdere vormen van ondersteuning zijn verenigd, zetten voorzichtig stappen richting de samenwerking zoals deze in de visie voor ogen is tussen zorgaanbieders.

Oplossen van knelpunten

Centraal in dit onderzoek stond de vraag of de resultaten van de werkwijze sinds 1 juli 2022 voor Wmo en Jeugdhulp in de acht Achterhoekse gemeenten voldoende aanknopingspunten biedt om de contracten na 1 juli 2025 te verlengen. De behaalde resultaten van de nieuwe werkwijze zijn op moment van schrijven nog zeer beperkt. Er is wel draagvlak voor de nieuwe werkwijze, mits een aantal knelpunten wordt opgelost. Uit dit onderzoek volgt de aanbeveling om eerst deze knelpunten op te lossen, voordat tot contractverlenging kan worden overgegaan. Of dit juridisch haalbaar is, is in een ander onderzoek onderzocht. De belangrijkste knelpunten zijn:

1. **Herijking plekprijzen**

Knelpunt: In de contracten is opgenomen dat er jaarlijks een herijking van plekprijzen plaatsvindt. Deze indexatie laat echter veel ruimte voor de zorgaanbieder. Met als gevolg dat er vanuit de gemeente onderhandelingen moeten plaatsvinden over de nieuwe prijzen. Dit kost veel tijd en leidt ook tot discussies tussen gemeenten en zorgaanbieders, met in het achterhoofd dat in het afgelopen jaar het onderling vertrouwen is beschadigd.

Oplossing: Het verdient aanbeveling om vaste afspraken te maken met welk percentage plekprijzen geïndexeerd mogen worden, waarbij ook rekening wordt gehouden met de andere parameters (doorlooptijd en intensiteit). Indexeren van prijzen kan bijvoorbeeld aan de hand van een indexcijfer van het CBS.

2. **Prikkel om zorg langer door te laten lopen**

Knelpunt: In de huidige bekostigingssystematiek zit een prikkel om een traject langer door te laten lopen dan noodzakelijk. Door het ontbreken van sturingsinformatie op dit vlak is het moeilijk om hierover in gesprek te gaan met zorgaanbieders en wordt mogelijk meer betaald voor zorg dan nodig.

Oplossing: De oplossing kan gezocht worden in het beschikbaar maken van sturingsinformatie. Door bijvoorbeeld doorlooptijden te monitoren en startberichten naast de datum van het intakegesprek van consulenten te leggen. Daarnaast zorgen gestructureerde evaluatiegesprekken met cliënten over het behalen van resultaten na het ontvangen van een stopbericht voor waardevolle informatie over het einde van het traject.

3. **Niet meer dan één indicatie per cliënt**

Knelpunt: Consulenten ervaren het niet kunnen afgeven van meer dan één indicatie per cliënt als een groot knelpunt. Het leidt tot minder maatwerkmogelijkheden voor cliënten. Zorgaanbieders ervaren praktische problemen in de uitvoering.

Oplossing: Het laten vervallen van niet meer dan één indicatie per cliënt. Eventueel kan het laten vervallen alleen voor een specifieke groep cliënten. Bijvoorbeeld jongeren met complexe problematiek. Om tot een afbakening te komen adviseren wij in overleg te gaan met consulenten en zorgaanbieders te consulteren over praktische problemen.

4. **Ontbreken van specifieke zorg(aanbieders)**

Knelpunt: Er ontbreken een aantal zorgaanbieders die specifieke zorg bieden en ook de nabijheid van zorgaanbieders wordt in een aantal delen van de Achterhoek gemist.

Oplossing: Het toevoegen van zorgaanbieders die deze specifieke zorg bieden aan het contract. Of het afsluiten van een individuele overeenkomst met deze aanbieders.

5. **Een grote range aan zorgzwaarte in hetzelfde segment**

Knelpunt: De grote range aan zorgzwaarte in hetzelfde segment zorgt er voor bij zorgaanbieders dat het moeilijk is om een gemiddelde plekprijs te bepalen. Daarom kan het voorkomen dat aanbieders in voorkomende gevallen verlies gaan leiden en gaan snijden in de benodigde zorg. Dit leidt niet tot optimale zorg. Dit lijkt echter niet meer te kunnen worden opgelost. De plekprijzen zijn al bepaald.

6. **Moeilijker sturen op cliënt niveau bij complexe cliënten**

Knelpunt: Consulenten ervaren dat zij onvoldoende inzicht hebben of de juiste zorg wordt geleverd bij complexe patiënten, met name wanneer er ook een veiligheidsrisico is. Daarbij zijn zij wel verantwoordelijk voor de veiligheid.

Oplossing: Het gaat om specifieke groep cliënten waarvoor dit geldt. In deze gevallen is verstandig aparte afspraken te maken met de zorgaanbieder, met daarbij ook de reden waarom.

7. **Gebrek aan eenduidige werkwijze**

Knelpunt: Er is op dit moment veel afstemming nodig, er zijn veel werkgroepen en er zijn extra administratieve lasten omdat niet iedere gemeente dezelfde werkwijze hanteert. En het niet hanteren van een eenduidige werkwijze zorgt in de uitvoering en bij zorgaanbieder voor onduidelijkheid. Daarbij moet worden opgemerkt dat men bestuurlijk hecht aan autonomie en het kunnen afstemmen op de lokale situatie.

Oplossing: Streef naar een zo eenduidig mogelijke werkwijze, ook waar er mogelijk concessies moeten worden gedaan aan een lokale invulling.

8. **Gebrek aan onderling vertrouwen op bestuurlijk en management niveau**

Knelpunt: Door het gebrek aan onderling vertrouwen komt de gewenste samenwerking niet van de grond en ook de gewenste transformatie niet. Zorgaanbieders laten weten dat zij van mening zijn dat medewerkers van gemeenten onvoldoende weten hoe de bedrijfsvoering van een zorgorganisatie werkt en dat een winstrisico noodzakelijk is om te kunnen blijven innoveren, samen te werken en het voorliggend veld te betrekken. Medewerkers van gemeenten geven aan dat zorgaanbieders vooral kijken naar de eigen organisatie, maar dat een besef dat er gezamenlijk naar een oplossing moet worden gezocht soms ontbreekt.

Oplossing: Werken aan het herstel van de verstandhouding tussen beide partijen is in de komende jaren noodzakelijk, omdat bij een deel van de zorgaanbieders expliciet is uitgesproken dat veel vertrouwen is geschonden dan wel verloren is gegaan. Hiervoor is wel bereidheid gevonden bij beide partijen, ook omdat verwacht wordt dat de nieuwe plekprijzen een gesprek over de inhoud beter mogelijk maken. Belangrijk voor zorgaanbieders is het besef bij gemeenten dat zij uiteindelijk ook verantwoordelijk blijven voor de zorg aan inwoners, door het ‘afkopen’ van deze verantwoordelijkheid en risico’s mogen deze volgens zorgaanbieders niet enkel bij hen komen te liggen. Het herstel van vertrouwen zal investering kosten in tijd van zowel bestuurders als management van gemeenten als van zorgaanbieders. Open staan voor elkaars standpunten, luisteren naar elkaar en het begrip van elkaars situatie zijn nodig om verder te kunnen gaan.

Inleiding

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De acht gemeenten vertegenwoordigd in het Sociaal Domein Achterhoek (Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oude-IJsselstreek, Oost-Gelre, Winterswijk) sloten in 2022 nieuwe contracten af voor het leveren van zorg en ondersteuning in het kader van de Wmo, Jeugdhulp en Wonen. De volgende diensten zijn aanbesteed per 1 juli 2022:

- Wmo Wonen;
- Wmo Integrale Ondersteuning;
- Integrale Ambulante Jeugdhulp;
- Gezins- en woonvormen.

In eerste instantie waren ook Wmo Logeren en Hoog Complex Weinig Voorkomend met Verblijf Jeugd meegenomen als segmenten in de aanbestedingsprocedure, maar in een later stadium is er voor gekozen deze segmenten in een apart traject aan te besteden. In totaal zijn per 1 juli 2022, 59 (consortia van) zorgaanbieders gecontracteerd. De initiële looptijd van de contracten is drie jaar, met een optie om deze twee keer met twee jaar te verlengen. De potentiële duur van het contract is dus zeven jaar. Er is gekozen voor een nieuwe methode om zorg en ondersteuning op het gebied van de Wmo en Jeugd te leveren, waarbij er een grotere rol voor de zorgaanbieder is weggelegd. De zorgaanbieder is meer dan voorheen verantwoordelijk voor hoe de gewenste zorg en ondersteuning wordt uitgevoerd, uitgaande van de wensen van de inwoner. De bekostiging van de zorg moet bovendien op basis van een lumpsumconstructie plaatsvinden, in plaats van de voorheen gebruikte PxQ-bekostiging.

Indien de Achterhoekse gemeenten, verenigd in Sociaal Domein Achterhoek (hierna ook: SDA), gebruik willen maken van de mogelijkheid om te verlengen, moeten zij daar tijdig over communiceren. De initiële contractperiode eindigt op 1 juli 2025. Dat betekent dat bij voorkeur eind 2023 besloten moet worden over eventuele opzegging van de contracten, omdat bij het besluit om niet te verlengen opnieuw aanbesteed moet worden. Daarom hebben de gemeenten besloten om de voorziene evaluatie van 2024 naar 2023 te verplaatsen. SDA dient uiterlijk zes maanden voor het einde van de dan geldende looptijd schriftelijk mede te delen of zij de overeenkomst verlengt/beëindigt. Concreet betekent dit dat SDA uiterlijk 31 december 2024 aan de zorgaanbieders mee moet delen dat zij de overeenkomsten verlengt of beëindigt.

1.2 Onderzoeksvragen

I&O Research is door SDA gevraagd een evaluatie uit te voeren van de resultaten tot nu toe naar aanleiding van de nieuwe werkwijze van de inkoopprocedure. Met de bevindingen uit deze evaluatie wordt een advies voor contractverlenging geschreven. Deze evaluatie is vooral inhoudelijk van aard en niet gericht op het inkoopproces zelf. Dit betekent dat wij ons richten op de inhoud van de nieuwe werkwijze, waar de inkoop en sturing op zorgaanbieders onderdelen van zijn. Qua inhoud maken wij een onderscheid tussen:

1 Zorg en ondersteuning die geleverd wordt (werkt de visie door in de praktijk; kwaliteit van zorg en ondersteuning; een dekkend zorglandschap; aandacht voor preventie; betrekken van de inwoner en werken aan de inhoudelijke transformatie) en;
2 Financiering en sturing (samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders en voorliggend veld; prikkels uit de nieuwe bekostiging; monitoring van resultaten; financiële doelen).

Daarbij staat in dit onderzoek de volgende onderzoeksvraag centraal:

"Bieden de resultaten van de werkwijze sinds 1 juli 2022 (inhoudelijk, financieel) voor Wmo en Jeugdhulp in de acht Achterhoekse gemeenten voldoende aanknopingspunten om de contracten na 1 juli 2025 te verlengen?"

Om deze centrale onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er enkele deelvragen opgesteld die zijn gebruikt voor het opstellen van o.a. gespreksleidraden. Deze kunt u vinden in de bijlage A. De deelvragen zijn toegespitst op de perspectieven van drie typen stakeholders: 1) gemeenten (beleidsmedewerkers, management, CLM, financieel et cetera), 2) zorgaanbieders en 3) medewerkers werkzaam in de gemeentelijke toegang (consulenten). Gedurende het onderzoek en bij het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag hield I&O Research er rekening mee dat de nieuwe werkwijze pas sinds één jaar van kracht is. En dat gedurende deze periode negen maanden lang een overgangsperiode gold. Dit beïnvloedt de mate waarin uitspraken gedaan kunnen worden over de effectiviteit van de nieuwe werkwijze. Meer over deze context in hoofdstuk 2.

1.3 Methoden

Deze evaluatie is uitgevoerd tussen augustus en november 2023. Het veldwerk vond plaats tussen 7 september en 12 oktober. Het onderzoek kende vier fasen:

1 Voorbereiding

Tijdens de voorbereiding is in een startoverleg het onderzoeksvoorstel doorgenomen en kregen betrokkenen bij SDA de mogelijkheid om vragen te stellen of te reageren op het onderzoek.

2 Verkennend deskresearch en gegevensanalyse

Daarna volgde een verkennende fase waarbij relevante beleidsdocumenten en aanbestedingsleidraden zijn doorgenomen. Ook is gezocht naar gegevens die worden gebruikt om de voortgang van de nieuwe werkwijze te monitoren. De resultaten van deze fase zijn gebruikt ter voorbereiding op de verdiepende groepsgesprekken en interviews.

3 Verdiepende groepsgesprekken en interviews

In deze fase is gesproken met ± 120 dagelijks betrokkenen bij de nieuwe werkwijze. Doel van de gesprekken was om ervaringen, meningen en zienswijzen op te halen vanuit de drie verschillende perspectieven. De volgende activiteiten zijn ondernomen:

- 8 groepsgesprekken met gemeentelijk betrokkenen, waarbij iedere gemeente een vertegenwoordiger kon sturen. Er is gesproken (per functie) met CLM'ers, beleidsmedewerkers Wmo en Jeugd, managers, portefeuillehouders, backoffice medewerkers, financials en inkopers.
- 14 diepte-interviews met zorgaanbieders. Alle zorgaanbieders konden zich aanmelden bij I&O Research voor een interview na een oproep door de SDA. Hieruit volgde een selectie van 15 zorgaanbieders, waarvan uiteindelijk met 14 een gesprek is gevoerd. Alle andere zorgaanbieders ontvingen naderhand een online vragenlijst met de belangrijkste vragen uit de leidraad, waardoor zij alsnog de mogelijkheid hadden schriftelijk input te geven. Uiteindelijk maakten 21 zorgaanbieders hier gebruik van. Hierdoor zijn in totaal 35 zorgaanbieders betrokken bij deze evaluatie.

- 7 diepte-interviews met consulenten. Met consulenten uit de toegang is naast hun eigen ervaringen met de nieuwe werkwijze gesproken over het cliëntperspectief om dat beter in beeld te krijgen. Per gemeente is de teamleider van het toegangsteam benaderd om een medewerker betrokken bij de Wmo en een medewerker betrokken bij Jeugd door te geven. Zeven van de acht gemeenten maakten hier gebruik van. Door de korte doorlooptijd van het onderzoek (september en oktober) was het niet mogelijk om cliënten direct bij het onderzoek te betrekken.

4 Analyse en rapportage

Na afloop van de dataverzameling zijn de resultaten geanalyseerd door de onderzoekers van I&O Research in een interne duidingssessie. De resultaten die hieruit volgen zijn opgenomen in dit rapport. De resultaten bevatten de belangrijkste bevindingen uit de gesprekken met gemeentelijke medewerkers niet zijnde consulenten, zorgaanbieders en consulenten. Deze worden geïllustreerd door geanonimiseerde citaten uit de interviewverslagen. Deze citaten vormen volgens de onderzoekers een goede illustratie of voorbeeld bij datgene wat beschreven wordt.

De citaten geven niet alleen de opinie en beleving van de respondent weer, maar ook de sfeer, stemming en eigenheid van de geïnterviewde klinken erin door. Dit verhoogt de informatiewaarde van de resultaten. De citaten moeten wel gelezen worden voor wat ze zijn: de persoonlijke en ongefilterde ervaring, visie en beleving van de geïnterviewden: niets meer, maar ook niets minder dan dat.

1.4 Leeswijzer

Het rapport dat voor u ligt kent een samenvatting, een inleiding en vier inhoudelijke hoofdstukken. De samenvatting vindt u voorin dit rapport. Hoofdstuk 2 is het eerste inhoudelijke hoofdstuk en beschrijft de context van het onderzoek en de beleidstheorie die is gebruikt om de evaluatie te structureren. Hoofdstuk 3 gaat in op de visie van de gemeenten en de SDA op de nieuwe werkwijze. Daarna volgt een reflectie op hoe deze visie in de praktijk ontvangen is. Hoofdstuk 4 gaat in op de uitvoering van de nieuwe werkwijze. We bespreken in dat hoofdstuk de algemene ervaringen, de samenwerking tussen zorgaanbieders en de SDA en de monitoring. Hoofdstuk 5 behandelt vervolgens de (voorlopige) resultaten en hoofdstuk 6 de belangrijkste conclusies en verbeterpunten die volgen uit deze evaluatie. Het onderzoek eindigt met enkele aanbevelingen voor de SDA. In de bijlagen vindt u meer achtergrondinformatie over dit onderzoek.

Resultaten

2 Achtergrond onderzoek

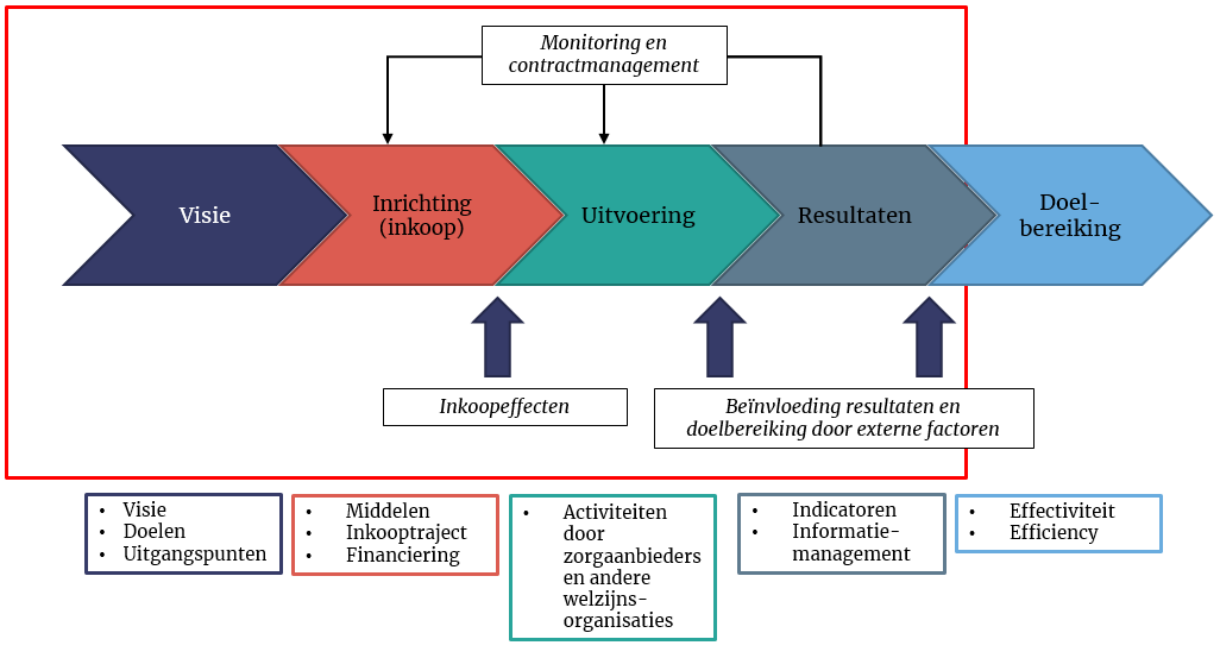
Voor wij de bevindingen van deze evaluatie presenteren, lichten wij eerst de context van het onderzoek toe en beleidstheorie ondersteunend aan de dataverzameling. Dit geeft inzicht in de opbouw van dit rapport en daarmee de interpretatie van de resultaten.

Bij de inkoop en het uiteindelijk verlenen van zorg en ondersteuning in de Wmo en Jeugdhulp zijn vier partijen te onderscheiden. Dit zijn de zorg ontvangende inwoners ofwel cliënten, zorgaanbieders, de gemeentelijke toegang en de gemeentelijke beleidsafdeling(en). Deze vier partijen hebben onderling allemaal hun eigen belangen, ervaringen en onderlinge interacties. Om te zien of de gewenste effecten (het al dan niet behalen van de doelen) bereikt worden, maken wij de perspectieven van deze vier partijen zo goed als mogelijk inzichtelijk. De doorlooptijd van deze evaluatie was te kort om een uitgebreid onderzoek onder cliënten in te zetten. Gedurende het onderzoek is gevraagd aan medewerkers van zorgaanbieders en medewerkers uit de gemeentelijke toegang een inschatting te maken van de impact van de nieuwe werkwijze op cliënten en hun naasten.

Om de onderzoeksmethoden en resultaten te structureren is gedurende het onderzoek gebruik gemaakt van het model in figuur 2.1. Deze theorie fungeerde als rode draad voor de onderzoeksopzet, gespreksleidraden en dit rapport. Per onderdeel worden de belangrijkste succes- en faalfactoren belicht. Omdat de nieuwe werkwijze ‘pas’ een jaar onderweg is, waarvan meer dan de helft in een overgangsperiode, kan deze evaluatie een indicatie geven van de beweging, maar zeer beperkt iets concluderen over meerjarige resultaten en doelstellingen. De onderzochte onderdelen staan gemarkeerd in het rode vierkant.

Toelichting beleidstheorie
De gemeenten in de Achterhoek stellen ten eerste de beleidskaders vast en beschrijven de beoogde doelen die worden nagestreefd. Dit staat weergeven in de verschillende visiedocumenten. Vanuit deze overkoepelende visie is een inkoop georganiseerd, waarin doelen zijn vertaald naar te behalen resultaten, hoe samengewerkt moet worden, welke middelen beschikbaar zijn en hoe de zorg en ondersteuning bekostigd gaat worden. Uit dit proces volgen beoogde prikkels die zorgaanbieders krijgen om bijvoorbeeld te innoveren, beter samen te werken of efficiënter zorg te leveren. Dit zijn de beoogde inkoopeffecten. Na de gewonnen aanbesteding gaan zorgaanbieders en gemeenten aan de slag met de uitvoering van de ondersteuning voor de door hen gewonnen onderdelen. In een ideale situatie komen hier activiteiten uit voort waarbij aanbieders (de juiste prikkels ontvangen om) optimale Wmo-ondersteuning en jeugdzorg bieden aan de inwoners van de Achterhoek. Deze activiteiten moeten leiden tot positieve resultaten. De werkelijke situatie hoeft echter niet zo te zijn. Door middel van monitoring wordt bepaald welke effecten bereikt worden en (op termijn) of de doelen al dan niet zijn bereikt. Monitoring moet aanleiding zijn voor enerzijds zorgaanbieders en anderzijds de gemeenten om de uitvoeringspraktijk bij te sturen. Er zijn bovendien tal van mogelijke externe factoren (bijv. een onverwachte toename van het aantal cliënten, zorgvragen die zwaarder uitvallen, capaciteitsproblemen) die deze verwachte effecten kunnen beïnvloeden.

Figuur 2.1 Ondersteunende beleidstheorie



Te onderzoeken resultaten

Voorafgaand aan deze evaluatie heeft Sociaal Domein Achterhoek zes segmenten van de nieuwe werkwijze gedeeld, met een samenvatting van de beoogde doelen. Deze staan weergegeven in onderstaande figuur. Bij het ophalen van de (voorlopige) resultaten stonden deze zes segmenten centraal. In hoofdstuk 5, waarbij wij de (voorlopige) resultaten weergeven, staan de bevindingen per segment weergegeven.

Figuur 2.2 Zes onderzochte segmenten met doelstellingen van de nieuwe werkwijze



3 Visie

In dit hoofdstuk komt de visie van Sociaal Domein Achterhoek, de doelstellingen van de nieuwe werkwijze, de wijze van bekostiging en een reflectie van de gesproken gemeentelijke medewerkers, zorgaanbieders en consulenten op de visie aan bod.

3.1 Aanleiding en achtergrond nieuwe werkwijze

Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo en Jeugdwet. Vooruitlopend op deze decentralisatie hebben de acht Achterhoekse gemeenten in 2013 besloten om samen te werken en zijn zij samen beleid gaan ontwikkelen. Om beleidsvisie te ontwikkelen zijn in het najaar van 2016 bestuurders en medewerkers op studiereis naar de gemeente Esbjerg in Denemarken gegaan. Tijdens de reis hebben zij de effecten van een andere rol van de inwoners, de gemeenten en de betrokken partijen in het zogeheten Esbjerg-model gezien. Vooral de focus op preventie en de daarmee behaalde resultaten hebben de deelnemers aan de studiereis geïmponeerd. Ook het model van 'Positieve Gezondheid' van Machteld Huber is een belangrijke bron van inspiratie voor de nieuwe visie.

In 2017 is de visie 'Samenwerken om elkaar te versterken' ontwikkeld door de SDA. Deze visie wordt gezien als een van de stappen in het leefbaar houden van de Achterhoek op lange termijn. De missie van de visie luidt: *"Iedereen doet mee en draagt zijn steentje bij, naar eigen kunnen. Daar helpen we elkaar bij."* Sociaal Domein Achterhoek wil daarmee het volgende bereiken:

1 Jeugdigen groeien gezond op in een veilige en vertrouwde omgeving en kunnen zich maximaal ontwikkelen, zodat zij opgroeien tot zelfredzame mensen.
2 Mensen zitten fysiek en mentaal goed in hun vel, zij hebben veerkracht en voelen zich goed.
3 Mensen wonen zelfstandig in een veilige en toegankelijke omgeving, indien nodig met ondersteuning.
4 Mensen voelen zich thuis in hun stad of dorp en hebben een sociaal netwerk dat zich kenmerkt door wederkerigheid.
5 Mensen participeren naar vermogen, werken aan hun ontwikkeling en leveren een maatschappelijke bijdrage aan hun omgeving.

Deze missie en de maatschappelijke doelen geven richting aan wat het er in het Achterhoekse sociaal domein op termijn bereikt moet worden. Om daartoe te komen staan acht kernwaarden centraal. Dit zijn: optimaal ontwikkelen, gezond, veilig, zelfredzaam en samenredzaam, participeren, financieel in balans, veerkracht en sociaal verbonden. Deze kernwaarden vormen het kader voor een verdere uitwerking naar een (nieuwe) werkwijze. In de periode van 2018 tot 2021 zijn door de SDA de volgende uitgangspunten gehanteerd voor deze nieuwe werkwijze:

1 Kantelen naar preventie;
2 Resultaat zorginzet staat voorop;
3 Veranderende rollen: partnerschap, opdrachtgever en opdrachtnemer;
4 Andere manier van sturen: monitoren resultaten/prestaties en maatschappelijke effecten;
5 Andere manier van inkoop en contracteren;
6 In beginsel de voorwaarde dat zorgaanbieder regionaal leveren;
7 Andere manier van bekostigen waarbij de financiering is gekoppeld aan resultaatafspraken.

Tussen 2018 en 2021 zijn de kaders en uitgangspunten gebruikt voor de ontwikkeling van de nieuwe werkwijze. In het najaar van 2020 vond nog een herijking plaats en zijn gesprekken gevoerd met zorgaanbieders en relevante stakeholders. Daarop is besloten dat de nieuwe werkwijze op 1 januari 2022 zou starten, welke later verlengd is tot 1 juli 2022. Voorafgaand aan de start van de nieuwe werkwijze vond een aanbestedingsprocedure plaats. De gesprekken met zorgaanbieders zijn gebruikt voor het opstellen van selectieleidraden, waarin de (sub)segmenten zijn vastgesteld en de regels voor de gunning van de nieuwe inkoop zijn vastgelegd. In de nieuwe werkwijze is onder andere bepaald dat contracten worden aangegaan voor drie jaar, met de optie tot verlengen van tweemaal twee jaar.

De aanbesteding zelf bestond uit twee fasen. In fase 1 konden zorgaanbieders zich aanmelden, werden hun aanmeldingen beoordeeld en geselecteerd door het SDA. Vervolgens konden zorgaanbieders in fase 2 hun inhoudelijke en financiële offerte indienen. Na deze tweede fase in de aanbesteding werden contracten getekend. Daarop volgde de implementatie. De contracten zijn vastgelegd tot in ieder geval 1 juli 2025.

Tabel 3.1 Proces van aanbesteding en looptijd contracten

Wanneer	Wat
2017 - 2018	Vaststellen visie en kaders
2020 september - december	Herijken aanpak, benodigde besluiten nemen, dialoog
2021 januari - april	Dialoog, uitwerken selectieleidraden
2021 mei - september	Uitvoeren aanbesteding
2021 oktober - 2022 juli	Implementatie en overgangsperiode
2022 juli	Start nieuwe contracten
2023 september - december	Tussenevaluatie[1]
2025 juli	Einde eerste contractperiode
2027 juli	Einde twee contractperiode
2029 juli	Einde derde en laatste contractperiode

Nieuwe werkwijze in vogelvlucht

Concreet betekent de nieuwe werkwijze dat het sociaal domein inhoudelijk en financieel in de Achterhoek op de schop is gegaan. Inhoudelijk moet in plaats van productgericht nu resultaatgericht gewerkt worden. Het te behalen resultaat wordt door de gemeentelijke toegang en cliënt bepaald. De zorgaanbieder zet zijn kennis en deskundigheid in om dit resultaat te behalen. De zorgaanbieder kan zelf bepalen op welke wijze dit resultaat behaald wordt.

De financiële transformatie is de overstap naar een andere manier van bekostigen, inkopen en contracteren. Het streven is een taakgerichte bekostiging op basis van lumpsum met een vast bedrag voor een complete cliëntengroep voor een langere periode. Er moet een einde aan het ‘uurtje factuurtje’ denken. De inhoudelijke en financiële transformatie zijn met elkaar verbonden en kunnen tot op zekere hoogte ook niet los van elkaar gezien worden. Hieronder beschrijven we op beide onderdelen wat er is gewijzigd in de Achterhoek.

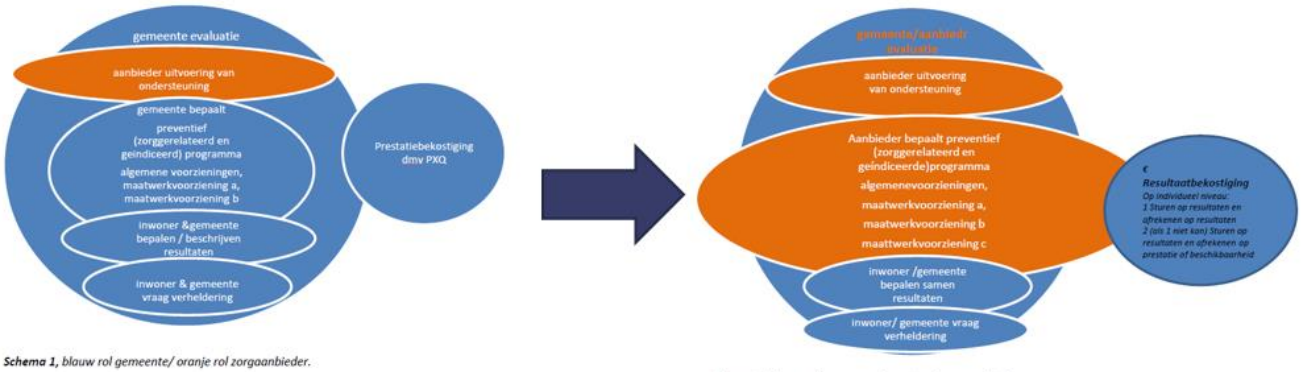
[1] *De tussenevaluatie stond in eerste instantie gepland voor 2024, maar omwille van de verlenging van de contracten is gekozen om deze evaluatie naar voren te halen en in december 2023 op te leveren.*

3.2 Invulling nieuwe werkwijze

3.2.1 Inhoudelijke transformatie

De gemeenten en zorgaanbieders zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het bieden van passende zorg en ondersteuning. Er is een duidelijke scheiding in de rollen en verantwoordelijkheden binnen het partnerschap tussen gemeenten en zorgaanbieders. De gemeenten zijn opdrachtgever en formuleren het 'WAT'. De gemeenten gaan sturen op het resultaat. De vraag van de inwoner en gewenste resultaten die hij/zij wil bereiken is leidend. De gemeente stelt samen met de inwoner alleen de te bereiken resultaten vast. De zorgaanbieders zijn opdrachtnemer en geven aan 'HOE' het resultaat behaald kan worden. Zij zetten hun expertise in om de gewenste resultaten te behalen en hebben de vrijheid om op en af te schalen. De zorgaanbieder bepaalt op welke wijze en met gebruik van welke voorzieningen de ondersteuning wordt geboden. De regie van de gemeente richt zich op de inhoud en niet op het aantal te leveren uren. De toegang van ondersteuning ligt bij de lokale teams van de gemeenten. De gemeenten stimuleren preventie en innovatie. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat ze in beeld hebben welke voorliggende voorzieningen en voorzieningen in de sociale basis er zijn. In Figuur 3.1 is de nieuwe rolverdeling en bijbehorende verantwoordelijkheden weergegeven. De taken die eerst bij de gemeente (blauw) lagen, zijn in de nieuwe werkwijze belegd bij de zorgaanbieder (oranje). Zij krijgen de vrijheid om dit in te vullen, maar hebben dan ook meer verantwoordelijkheden.

Figuur 3.1 Nieuwe rolverdeling



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

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

3.2.2 Financiële transformatie

De inhoudelijke transformatie gaat gepaard met een financiële transformatie, waarbij gefinancierd wordt op resultaat in plaats van op input (aantal uren). Dit moet leiden tot meer ruimte voor de professional en minder administratieve lasten. Lumpsum houdt in dat zorgaanbieders een startbudget ontvangen voor de te behalen resultaten van een cliënt. Het 'productdenken' zou hiermee verdwijnen en er wordt beoogd betere zorgresultaten te halen die bijdragen aan een kortere behandelduur, waarmee men een kostenbesparing realiseert. Daarnaast biedt de lumpsumbekostiging de vrijheid aan zorgaanbieders om het 'hoe' van het te behalen resultaat te bepalen. Er is overgegaan van een Open House PxQ bekostiging naar een niet-openbare aanbestedingsprocedure met voorselectie met lumpsumbekostiging.

In het oude model kon elke zorgaanbieder zich inschrijven voor een bepaald product, tegen een bepaalde prijs, voor een aantal cliënten. Dit prikkelde volgens de SDA onvoldoende tot samenwerking tussen gemeenten en aanbieders of aanbieders onderling. Ook zit er in dit model een prikkel om meer zorg dan noodzakelijk te produceren. Daarnaast waren de administratieve lasten (te) hoog voor zorgaanbieders en gemeenten omdat zij op cliëntniveau moesten declareren.

In de nieuwe werkwijze worden zorgaanbieders tijdens de inkoop geselecteerd op basis van inhoudelijke offertes. Zorgaanbieders schrijven zich in als hoofd- of onderaannemer. Als de hoofdaannemer bepaalde zorg niet kan leveren, besteden zij dit uit aan onderaannemers. De gemeenten hoeven hierbij niet betrokken te worden, zorgaanbieders behouden daarmee de regie op de uitvoering van ondersteuning. Deze financiering zou meer samenwerking tussen zorgaanbieders mogelijk moeten maken. Daarnaast verwacht men dat zorgaanbieders geprikkeld worden tot efficiëntie, focus op preventie en innovatie omdat zij een bepaald bedrag krijgen voor een te behalen resultaat. Voor gemeenten betekent minder zorgaanbieders meer overzicht en geeft de lumpsum zekerheid over de kosten voor de gemeenten.

3.3 Reflectie op visie

Nu wij de visie, doelstellingen en bekostigingssystematiek kort hebben toegelicht, volgt hieronder een reflectie van de gesproken stakeholders. Hierbij maken wij wederom onderscheid tussen een reflectie op de inhoudelijke visie en de bekostigingssystematiek.

3.3.1 Inhoudelijk

Visie met uitgangspunten is een goede stip op de horizon

Zowel vanuit gemeentelijke medewerkers als vanuit zorgaanbieders zijn de eerste reacties op de visie van Sociaal Domein Achterhoek over het algemeen positief. Met name de transformatiegedachte en het besef ‘dat er iets moet gebeuren’ om de zorg betaalbaar te houden leeft bij de gesproken partijen. Efficiëntere zorg, zorgaanbieders in de kracht zetten, partnerschap en doen wat nodig is zijn enkele van de punten die veelal als goede stippen op de horizon worden gezien. De visie omtrent de nieuwe werkwijze is een goede ideaalsituatie om gezamenlijk naar toe te werken. Hier zit geen verschil in tussen de segmenten.

- Een gemeentelijke medewerker licht toe: *“Het grote verschil met de oude systematiek is dat er stappen zijn gezet in wat we willen, de inhoud is meer dan voorheen voorop gezet in de visie.”*
- Ook zorgaanbieders reageren veelal positief, nadat gevraagd werd naar de eerste indruk omtrent de visie: *“Bij de eerste publicaties van de nieuwe werkwijze was mijn eerste indruk dat het hartstikke mooi was om op die manier een boost te geven aan de transformatie. Bijvoorbeeld door meer samen te werken. Ook mooi dat we teruggingen van ruim 300 naar 60 aanbieders. Dit sluit in onze ogen goed aan op de hele transformatiegedachte”.*
- Een andere zorgaanbieder: *“Mijn eerste reactie hierover is dat het een inhoudelijk mooie beweging is als het gaat over echt doen wat nodig is. Resultaten moeten voorop komen te staan. Niet onnodig lang mensen in zorg houden of ze hun zelfstandigheid die ze zouden kunnen of mogen hebben niet geven. We moeten meer gaan samenwerken”.*

Gesprek over inhoud wordt toegejuicht, mogelijk te veel voorbij gegaan aan rol consulenten
Door een focus op de inhoud en partnerschap kan zorg op termijn goedkoper en efficiënter ingericht worden, is de gedachte vanuit zowel een deel van de zorgaanbieders als gemeentelijke medewerkers. Centraal binnen die gedachte is het uitgangspunt dat de zorgaanbieder weet wat er moet gebeuren op het gebied van ondersteuning voor de inwoner en de gemeente c.q. overheid hier een passende bekostigingsvorm bij vindt. Deze bekostigingsvorm moet vooral een gesprek over de inhoud mogelijk maken. Deze wens komt ook voort uit de ervaringen van zorgaanbieders en (consulenten van) gemeenten over de vorige bekostigingssystematiek (PxQ, ofwel 'uurtje factuurtje') waarbij volgens gesproken consulenten en zorgaanbieders veel tijd opging aan discussies over het leveren van één of enkele uren aanvullende ondersteuning. In theorie biedt de lumpsumbekostigingsvorm de prikkel om het op een hoger niveau over het leveren van zorg te hebben, daar beide partijen zekerheid hebben over de uiteindelijke opbrengsten. Een zorgaanbieder licht toe: *"Vanuit bestuurlijk oogpunt vind ik het heel fijn dat we niet meer het structurele overleg over 'uurtje factuurtje' hebben en kijken naar passende indicaties. Dat de bekostiging gewoon goed geregeld is, dat vind ik een hele belangrijke. Dat geeft rust en ruimte om het over de inhoud te hebben".*

Wel worden er zorgen geuit dat in de visie (en de uitwerking daarvan) de rol van de consulent te beperkt is, met name als het gaat om complexe ondersteuningsvraagstukken. De consulent is in de nieuwe werkwijze enkel verantwoordelijk voor het 'wat', maar zowel vanuit consulenten als zorgaanbieders wordt getwijfeld of het 'hoe' altijd wel van het 'wat' gescheiden kan worden en waar de regie ligt, zeker bij complexere hulpvragen. Bij deze complexere vraagstukken en hulpvragen rond veiligheid zien consulenten het ook als taak om te controleren of de juiste zorg wel wordt geleverd. Hierover in het volgende hoofdstuk meer. Zowel consulenten als zorgaanbieders geven in de interviews aan dat bij het ontwerpen van de visie te weinig aandacht is geweest voor de input van consulenten. Zij zijn niet of nauwelijks betrokken bij het inkooptraject en dat daardoor een link met de praktijk gemist is. Veel van de consulenten hebben echter een hulpverleningsachtergrond en kennen de lokale zorgaanbieders. Zij weten hen te vinden en weten wat de medewerkers van deze zorgaanbieders voor de inwoners kunnen betekenen. Dit bevreemdt de geïnterviewden. Dit neemt niet weg dat ook consulenten zich wel kunnen vinden in de visie. Een van hen licht toe: *"Resultaatgericht werken staat mij en mijn team aan. Meer verantwoordelijkheid bij de aanbieders, sta ik achter. Maar in de praktijk vragen ze ook hulp bij ons als consulenten".*

Vertaalslag van visie naar uitvoering onvolledig, opdracht is niet duidelijk genoeg
Een beleidsmedewerker noemt in een groepsgesprek: *"Als gemeente moet je ook iets doen, niet alleen sturen op. Ook regie voeren en de opdracht invullen".* Het invullen van de opdracht, hoe concreet gewerkt wordt aan de stip op de horizon, ontbreekt volgens veel gesprokenen. De visie gaat te veel uit van aannames en laat te veel ruimte voor interpretatie door verschillende betrokken partijen. De visie lijkt sterk modelmatig ingestoken en sluit niet voldoende aan op de ervaringen en expertise die in de praktijk aanwezig zijn. Een andere beleidsmedewerker geeft aan: *"[De visie] is een papieren werkelijkheid. We gaan uit van vertrouwen met aanbiedende partijen aan de ene kant en gemeente aan de andere kant. Dat vertrouwen en die samenwerking is er niet zomaar."* Met name in de gevoerde groepsgesprekken met gemeentemedewerkers wordt in een reflectie op de visie uitgesproken dat de stip op de horizon mooi is, maar dat in het vervolgtraject en in de uiteindelijke aanbesteding de opdracht aan medewerkers in de uitvoering achteraf bezien niet concreet genoeg is geweest.

Een consulent licht toe: "*[Het inkoopproces heb ik] geen invloed op gehad. Van een paar zorgaanbieders had ik gehoopt dat ze er bij zaten, maar ik weet niet wat daar gebeurd is. Heb er niks van meegekregen. Wilde ik wel betrokken bij zijn, maar ik ben nooit gevraagd.*" Een andere consulent zegt: "*Ik heb in de werkgroep Toegang gezeten en het is de bedoeling dat er uitvoerders bij zitten. Maar het merendeel bestond uit medewerkers van beleid en management. Zij staan wel heel ver van de praktijk af. Je kunt mensen niet [altijd] in beleidsregels vangen.*" Er is, met name vanuit het oogpunt van de uitvoering, te weinig aandacht geweest voor de implementatie.

Bij de vertaalslag van de visie naar de uitvoering blijkt ook dat niet iedereen dezelfde definities hanteert voor bijvoorbeeld wat preventie inhoudt en wat een dekkend zorglandschap is, maar ook voor wat men verstaat onder samenwerking. Dit is zowel binnen gemeenten, tussen gemeenten als bij zorgaanbieders. Dit maakt dat niet altijd aan dezelfde stip op de horizon wordt gewerkt. Voor preventie wordt bijvoorbeeld aangegeven dat dit de inzet van het voorliggend veld is om maatwerk te voorkomen. Maar er wordt ook gesproken over preventie als inzet van het voorliggend veld naast een maatwerkondersteuning of om af te schalen van maatwerk.

Consulenten en andere medewerkers van de gemeenten merken in de gesprekken die zij hebben met zorgaanbieders dat niet alle zorgaanbieders even enthousiast zijn over alle aspecten van de transformatie en de opdracht die uiteindelijk uit de visie voortgevloeid is. Door de onduidelijkheid van de opdracht en het proces daaromtrent interpreteren sommige aanbieders de opdracht als een eenvoudige kostenreductie. Er is wel begrip dat de kosten beheersbaar moeten blijven. Maar het invullen van de transformatie is onvoldoende beschreven in de visie en veelal bij de uitvoering neergelegd, waarbij het gevoel bij zorgaanbieders en een deel van de consulenten heerst dat zij niet genoeg zijn betrokken in de aanloop naar de transformatie. Dit heeft in de uitvoering geleid tot interpretatieverschillen en onduidelijkheden over wat de opdracht uiteindelijk inhoudt. Een zorgaanbieder zegt in zijn algemeen over de opdracht: *"Ik heb ook het idee dat de opdracht niet volledig is beschreven omdat het basisuitgangspunt is dat de aanbieder moet doen wat nodig is. Maar dat doet iedere aanbieder op zijn eigen manier."*

3.3.2 Bekostiging

In dit onderdeel gaan wij in op de ervaringen met de bekostigingssystematiek. Dit raakt in grote mate aan het aanbestedingsproces, wat technisch gezien geen onderdeel is van deze evaluatie. Wij benoemen dit hier echter, omdat onduidelijkheden die voortkwamen uit het aanbestedingsproces een oorzaak zijn voor veel van de bevindingen in de andere hoofdstukken.

Meer controle aan bekostiging toegevoegd, twijfels of bekostiging wel werkelijk lumpsum is

Een lumpsumbekostigingssystematiek gaat uit van een vast bedrag dat – in dit geval – een zorgaanbieder ontvangt om zorg en ondersteuning te leveren. Kort gezegd is het is aan de zorgaanbieder om zo efficiënt als mogelijk met het ontvangen bedrag om te gaan, om zodoende aan het einde van het jaar uit te kunnen en geen verlies te maken. De gemeente dient te monitoren of de zorg en ondersteuning goed wordt uitgevoerd. Gezamenlijk gaan beide partijen het gesprek aan over de hoogte van het bedrag en of hier door ontwikkelingen wijzigingen in noodzakelijk zijn. Deze systematiek is in sterke mate afhankelijk van vertrouwen van gemeenten in de zorgaanbieders, daar met een lumpsum meer risico's en verantwoordelijkheden bij zorgaanbieders worden gelegd om de ondersteuning te organiseren en uit te voeren. Goed partnerschap, waarbij de gemeente in gesprek gaat met zorgaanbieders over de invulling van de

geleverde zorg, is een voorwaarde om deze bekostigingssystematiek te laten slagen. Dit is als zodanig ook opgeschreven in de visiedocumenten.

Voor het berekenen van de lumpsum wordt een zogenaamde plekprijs gehanteerd. De plekprijs is de prijs van een plek per jaar. Deze plek kan door één of door meerdere cliënten opvolgend bezet worden gehouden. De prijs per plek is een gemiddelde prijs van alle plekken die zorgaanbieder in een segment aanbiedt. Het kan dus zijn dat de ene cliënt 30 uur per week nodig heeft en de ander maar 1 uur. Zie hiervoor het voorbeeld in het kader hieronder.

Volgens de aanbestedingsdocumenten maken gemeenten jaarlijks afspraken met zorgaanbieders over het aantal cliënten, de intensiteit, de doorlooptijd en daarmee het aantal plekken om zodoende te komen tot het lumpsumbedrag. Per segment wordt een plekprijs berekend, waarop aanbieders per segment gecontracteerd worden.

Figuur 3.2 Voorbeeld berekening plekprijs in Selectieleidraad Wmo Integrale Ondersteuning (p.22)

Een fictief voorbeeld
Een zorgaanbieder doet het volgende voorstel:

zorg/ondersteuning voor 100 cliënten met een gemiddelde doorlooptijd van 6 maanden en een intensiteit per traject van 30 uur en een uurtarief van 70 euro.

*Dat betekent dat hiermee 50 plekken (100 cliënten * (6 maanden/12 maanden) bezet worden met een gemiddelde prijs per traject per cliënt € 2.100 (30 uur * € 70/uur), een prijs per plek van € 4.200 (€ 2.100 * 12 maanden/6 maanden) en een totaal lumpsumbedrag van € 210.000. Dat betekent dat op het moment dat een cliënt instroomt en na 2 maanden uitstroomt, nog 4 maanden over is voor een andere cliënt.*

Afrekening op aantal geleverde dagen zorg en ondersteuning: is dat wel lumpsum?
In gesprekken met zorgaanbieders en gemeentelijke medewerkers komt naar voren dat er bij de gemeenten van Sociaal Domein Achterhoek toch een zekere mate van controle gewenst werd om inzicht te houden in welke zorg wanneer werd geleverd. Ofwel: dat zorgaanbieders zorg leveren die ze zeggen te leveren. Het resultaat daarvan is dat zorgaanbieders iedere maand per (sub)segment een voorschot ontvangen en dat na verloop van tijd afgerekend wordt naar dagen dat de cliënt in zorg is geweest (dus het aantal dagen tussen moment van instroom en moment van uitstroom). Tussen gemeenten onderling wordt verrekend waar deze zorg is geleverd. Doordat er op dit moment weer een afrekening is op basis van geleverde zorgdagen wordt in diverse groepsgesprekken en interviews getwijfeld of de huidige bekostigingssystematiek wel werkelijk een lumpsumbekostiging is. Wanneer gevraagd wat voor bekostigingssystematiek de SDA op dit moment dan wel hanteert kwam naar voren dat dit in feite inputbekostiging (PxQ) met resultaatafspraken is. Een aantal citaten uit de gesprekken:

- Uit het groepsgesprek met CLM'ers: *"Hoe is deze zorg gefinancierd? Daar moet je zelf over nadenken en altijd veel opzoeken. Er zijn zoveel opties, zoveel uitzonderingen op lumpsum. Er is geen overzicht. Het zijn meer dagprijzen dan lumpsum. Dat werkt niet even handig. Veel zaken zijn min of meer gemiddeld genomen, nu hebben we daar last van."*
- Uit het groepsgesprek met MOSD: *"De huidige lumpsum is een verkapte PxQ zonder de voordelen daarvan. Het was voorheen veel duidelijker, maar nu is dat vager. Dus waarop kunnen we een*

aanbieder bevragen? We weten niet of ze nu daadwerkelijk iets anders doen. Het is ook heel arbeidsintensief, we moeten met elke zorgaanbieder in gesprek om te zien wat ze doen en beloven."

- Uit het groepsgesprek met financials: *"Geen lumpsum maar PxQ bekostiging met voorschot. Bevoorschotting bestaat uit: tarief, doorlooptijd en intensiteit. Al die elementen kunnen verschillend ingevuld worden. Dat maakt dat je eigenlijk heel veel verschillende producten hebt."*
- Uit het groepsgesprek met inkoopmedewerkers: *"Wat is er lumpsum aan deze bekostiging? Helemaal niks. Dit is gewoon een soort van taakgerichte financiering. Maar ook daar kun je de vraag bij stellen. Er zijn allerlei voorzieningen als bandbreedtes toegevoegd en na een jaar een evaluatie/hernieuwde offerte."*
- Uit een gesprek met een zorgaanbieder: *"Het vertrouwen is er nog niet. Van 'laat maar los en vertrouw de zorgaanbieder', daar moeten we naartoe. Maar op dit moment is het nog te veel PxQ. Ze zitten nu in de fase dat ze een opdracht bij ons neerleggen en dat wij die dan uitvoeren. Maar dan moeten ze wel kunnen loslaten."*

Berekenen van plekprijs is ingewikkeld, 'te grote versimpeling van complexe materie'

PPRC, een onderzoekscentrum voor publieke inkoop en opdrachtgeverschap, voerde in de zomer van 2023 een quickscan uit naar de totstandkoming van plekprijzen en lumpsum budgetten van de gecontracteerde zorgaanbieders door Sociaal Domein Achterhoek. Op verzoek van de portefeuillehouders is gereflecteerd op de uurtarieven, ontwikkelingen en volumes en situatie in zijn totaliteit. PPRC komt in het rapport, met betrekking tot de bekostigingssystematiek, tot de conclusie dat de berekening van de lumpsum via de systematiek met plekprijzen zeer complex is. Zowel voor gemeenten zelf als te contracteren zorgaanbieders.

Uit de groepsgesprekken en interviews komt eenzelfde beeld in deze evaluatie naar voren. Zowel beleidsmedewerkers, CLM'ers, financials, backofficemedewerkers als inkoopmedewerkers aan de gemeentelijke kant en de zorgaanbieders benoemen dat het berekenen van een plekprijs zeer complex is en tot veel onduidelijkheden heeft geleid, mede door alle aanvullingen en uitzonderingen die toegevoegd zijn. Hieronder staan enkele elementen genoemd die het bepalen van een plekprijs ingewikkeld maken:

- Er geldt één gemiddelde prijs voor een hele brede range aan producten. Het is voor zorgaanbieders heel ingewikkeld gebleken om tot één prijs te komen, waarbij in één segment bijvoorbeeld een gemiddelde moet worden berekend waaruit behandeling, medicatiecontrole, individuele en groepsondersteuning betaald moet worden. Dit zijn ondersteuningsvormen met zeer uiteenlopende tarieven. Wanneer een zorgaanbieder vervolgens vooral cliënten toegewezen krijgt die duurdere vormen van ondersteuning ontvangen, kan deze niet uit met de gemiddelde plekprijs. Een voorbeeld van een zorgaanbieder in een consortium: *"We hebben aanbieders die zich richten op naschoolse opvang, en anderen houden zich bezig met jongeren uit detentie houden. Daar zit van alles tussen. Maar daar krijgen we allemaal dezelfde prijs voor. Dat vraagt natuurlijk intern om een goede doorverdeling. […] dat is dus echt wel heel erg lastig."*
- De plekprijs gaat uit van een bezette plek over een heel jaar. Het werd zorgaanbieders echter niet duidelijk gemaakt op hoeveel plekken zij konden rekenen en wat de populatie was waar zij op konden rekening (bijv. met kenmerken van de zorgzwaarte). Doordat het volume onvoldoende onbekend was, is een gemiddelde prijs berekenen waar het volume een belangrijk onderdeel van is, ingewikkeld gebleken. Ook levert dit problemen op voor het maken van een jaarbegroting. Een zorgaanbieder licht toe: *"Als je alle plekken bij elkaar optelt is dat veel groter dan het aantal cliënten dat er in de Achterhoek is. Je verwacht bij inschrijven dat het aantal plekken waarop je je inschrijft die ook krijgt."*

- Door de extra wens van controle, maar ook het doel van administratieve lastenverlichting en een dekkend zorglandschap c.q. regionaal willen werken zijn er allerlei voorwaarden aan de bepaling van het uiteindelijke lumpsumbedrag toegevoegd. Een voorbeeld hiervan is de eerder genoemde maandelijkse afrekening en verrekening, maar ook het toevoegen van een bandbreedte van enkele procenten waarover geen verrekening plaatsvindt. Deze voorwaarden resulteerden er juist in dat de administratieve lasten toenamen voor zorgaanbieders en backofficemedewerkers. Sommige zorgaanbieders geven in de gesprekken aan dat zij één of twee extra medewerkers moesten aannemen om de administratie te regelen. Deze kosten zijn vervolgens in het tweede lumpsumjaar doorberekend in de nieuwe plekprijzen.
- Zorgaanbieders geven aan dat sommige factoren zoals het eigen netwerk, de leervaardigheid van cliënten en de progressie van een ziekte niet te vangen zijn in prijzen. Volgens hen is dit een te grote versimpeling van te complexe materie.

Een veel gehoorde opvatting over de lumpsumbekostiging in de Achterhoek is dat de bekostiging een variant of mengvorm is van verschillende bekende bekostigingssystematieken. Er leeft een gevoel dat het zo complex is geworden dat men elkaar verloren is. Een zorgaanbieder licht toe: "*We komen van het idee dat we van productdenken af moeten. Maar heel veel daarvan is toch weer in het systeem beland. Gaat ook over hoe je als organisatie zo veel mogelijk administratie kunt loslaten, maar nu is dat niet zo. Er is zo veel techniek in gekomen dat je een beetje de bedoeling kwijtraakt.*"

Dat men elkaar zou kunnen verliezen was een risico dat vooraf mogelijk al bekend was. Er is in meerdere gesprekken aangegeven dat het aanbestedingstraject tot 2.400 vragen heeft geleid voor de Nota van Inlichtingen[2] en 3 rechtszaakaanspanningen in het aanbestedingstraject. Volgens gesproken medewerkers van de gemeente was dit een signaal dat er sprake was van een onduidelijke dan wel onvolledige aanbesteding. Het bevreemdt sommige gemeentelijke medewerkers dat dit aantal vragen er niet toe heeft geleid dat de aanbestedingsprocedure is herzien.

Toegenomen administratieve druk

De complexiteit en alle toevoegingen resulteerden vervolgens juist – anders dan bedoeld - in een toegenomen administratieve druk, met name voor zorgaanbieders en bij gemeenten voor backofficemedewerkers en financials. Sommige backofficemedewerkers en financials spraken van een 'chaos' en dat zij administratief niet meer weten wat het begin en wat het einde is. Het overzicht is op momenten kwijt en men is constant bezig met brandjes blussen. Zorgaanbieders geven in gesprekken aan dat zij personeel hebben moeten aannemen om de extra administratieve lasten te kunnen uitvoeren. Bijvoorbeeld rond de accountantscontrole. Enkele citaten illustreren dit gevoel:

- Uit een groepsgesprek: *"De voorschotbetaling is afschuwelijk. We moeten elke aanbieder apart vooraf betalen. Soms zelfs per subsegment. Elke maand. Administratief een enorme draak. Dan heb je ook geen overzicht meer."*
- Uit een groepsgesprek: *"Het bevoorschotten heeft helemaal geen nut want je kijkt naar de realisatie. Net zo goed PxQ kunnen doen. Alles wat we er nu omheen rekenen is niet nodig."*

[2] *Een nota van inlichtingen is een door de opdrachtgever beantwoorde lijst met vragen, die zijn ingediend door partijen die willen meedingen in de aanbesteding. De vragen dienen opheldering te geven over onduidelijkheden in de aanbestedingsdocumenten. De antwoorden op de vragen worden publiek gedeeld, zodat iedere inschrijvende partij dezelfde informatie tot zich kan krijgen.*

- *Uit een groepsgesprek: "Extra complicerende factor is de bandbreedte. Vooral met afrekening maak je het weer ingewikkeld. Dat komt wel voort uit lumpsum denken. Binnen marge of 5 procent plus of min, afhankelijk van het segment, reken je dan niet af met de aanbieder. Ook een voorbeeld: Als je 80 plekken afspreekt en je begroot er als gemeente 10, maar als vervolgens blijkt dat alleen gemeente X daar 80 plekken heeft ingezet, dan moet die gemeente weer de andere gemeenten terugbetalen."*
- Uit een groepsgesprek: *"Het lumpsum deel is wel duidelijk, maar alle wijzigingen maken het lastig. Als er bijv. een uitzondering komt dat we toch weer PxQ gaan betalen. Wat valt er wel onder en wat niet? Dat is onduidelijk. Moeten we product A opsplitsen in A en B. Soms is het product A naar product B. Ik loop hier echt vast. Je moet de hele tijd graven. En dan zit ik [nog dicht op de materie]. De collega's die [er verder van af staan], die hebben de informatie niet eens.*
  Of krijgen het via via doorgespeeld. Dan is het nog lastiger. Dan snap ik wel dat een aantal mensen zeggen dat ze het echt niet meer weten."

Onduidelijke aanbestedingsprocedure leidde tot foutieve kostenberekeningen

Dat veel zorgaanbieders en gemeentelijke medewerkers moeite hadden met de complexiteit van het berekenen van een gemiddelde plekprijs heeft ertoe geleid dat een aantal zorgaanbieders met een te lage prijs heeft ingeschreven op de aanbesteding. Dat wil zeggen: ze moesten diensten leveren tegen tarieven die niet op het leveren van die diensten berekend waren. Naast bovenstaande onduidelijkheden over de plekprijs waren er ook verschillende interpretaties over:

- Opnemen van dagbesteding in de plekprijs: Veel aanbieders hebben dit niet opgenomen, maar er werd wel verwacht dat zij dagbesteding binnen de plekprijs konden realiseren.
- Vervoer van en naar locaties: Idem als bij het opnemen van de dagbesteding.
- Integraliteit: Is dit ontschotten in wetgeving en hulpverlening of enkel samenwerking tussen aanbieders?
- Inzetten van niet-gecontracteerde aannemers is niet toegestaan, terwijl inzetten van zzp'ers wel mogelijk is.
- Transactiekosten voor het opzoeken van samenwerking tussen zorgaanbieders.
- Definitie van preventieve activiteiten en de kosten die hiervoor gemaakt moeten worden.

Foutieve kostenberekeningen leidden tot correcties in tweede lumpsumjaar

Dat sommige aanbieders foutief hebben ingeschreven is een conclusie die PPRC ook trekt in haar rapport, nadat de plekprijzen voor het tweede lumpsum jaar waren gestegen en dit tot discussie tussen gemeenten en zorgaanbieders leidde. PPRC schrijft dat er sprake was van een onrealistisch eerste lumpsumjaar. Zorgaanbieders in de Achterhoek hanteerden te lage plekprijzen en er werden in de Achterhoek daardoor minder kosten gemaakt voor zorg en ondersteuning, vergeleken met de vorige PxQ-werkwijze. Dit kan volgens PPRC echter geen gevolg zijn van efficiënter werken na een dermate ingrijpende stelselwijziging, maar eerder 1) door onjuiste aannames en fouten in de eerste lumpsumperiode, 2) correctie voor een complexere zorgvraag en 3) compensatie voor aantoonbare kostenstijgingen. De correcties die zijn doorgevoerd door zorgaanbieders, met de reactie van de gemeenten en de SDA daarop, bepaalde echter in grote mate de sfeer en onderlinge verstandhouding in het tweede deel van het eerste lumpsumjaar. Hier gaat het volgende hoofdstuk nader op in.

3.4 Belangrijkste bevindingen

Dit hoofdstuk laat zien dat er vanuit de verschillende betrokken partijen begrip (en steun) is voor de achterliggende beweging die Sociaal Domein Achterhoek heeft gemaakt, waaruit de nieuwe

werkwijze voortkwam. Er is een besef dat de kosten voor zorg en ondersteuning beheersbaar moeten blijven en de achterliggende gedachten van samenwerking, partnerschap, zorgaanbieders in de kracht zetten en vertrouwen worden gedragen. De achterliggende visie wordt gedragen.

Reflecterend op deze visie en dan met name op de uitwerking van de bekostigingssystematiek, komen er wel kanttekeningen naar voren die door alle drie partijen (gemeentelijke medewerkers, consulenten en zorgaanbieders) worden herkend en benoemd. Elk vanuit een eigen perspectief. Betrokkenen zijn het er gezamenlijk over eens dat met name de berekening van de lumpsum via de plekprijs een ontzettend ingewikkelde exercitie is geworden.

Door het toevoegen van allerlei voorwaarden, controlemechanismen en uitzonderingen overzien veel betrokkenen de complexiteit van het systeem niet meer. Een veel genoemd argument is dat Wmo- en jeugdzorg complexe materie is met veel verschillende hulpvragen die wisselen in intensiteit en de beste behandeling. Deze vallen niet eenvoudig in een gemiddelde plekprijs te vangen. Zeker niet wanneer binnen dat tarief ook nog kosten voor samenwerking en preventie moeten worden opgenomen, met allerlei variabelen die gehuld zijn in onzekerheid.

Gezamenlijk vragen velen binnen de drie partijen zich wel af of de werkelijke bekostigingssystematiek wel lumpsum is. De wens voor controle heeft geleid tot het afrekenen van de ‘zorgproductie’ in dagen, wat meer doet denken aan PxQ dan aan lumpsum. Er lijkt in de Achterhoek een soort mengelmoes van verschillende bekostigingssystematieken te zijn ontworpen, waarvan enkele uitgangspunten elkaar tegenspreken. Bijvoorbeeld de wens voor administratieve lastenverlichting versus de (later toegevoegde) wens om controle te houden. In de praktijk heeft het ertoe geleid dat er bij zorgaanbieders, financiële en backofficemedewerkers van gemeenten juist sprake is een administratieve lastenverzwaring.

Hoewel deze evaluatie niet al te gedetailleerd ingaat op het aanbestedingsproces, volgt uit deze evaluatie wel dat er ook interpretatiefouten zijn gemaakt, waarvan het belangrijkste gevolg is dat veel zorgaanbieders zich verrekend hebben en een foutieve inschrijving indienden. Dat de aanbestedingsprocedure als onduidelijk of zelfs onvolledig is ervaren blijkt onder meer uit het gegeven dat er 2.400 vragen zijn ingediend en 3 rechtszaken zijn aangespannen door aanbieders naar aanleiding van de aanbestedingsdocumenten.

Het volgende hoofdstuk gaat in op de eerste inhoudelijke ervaringen met de nieuwe werkwijze en de samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten. Dat laatste is een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van de gekozen bekostigingssystematiek.

4 Uitvoering nieuwe werkwijze na inkoop

In dit hoofdstuk gaan we in op wat de algemene ervaringen zijn van alle betrokken partijen met de nieuwe werkwijze. Hiervoor blikken we eerst kort terug op de implementatie van de nieuwe werkwijze. Vervolgens beschrijven we hoe de verschillende partijen de onderlinge samenwerking ervaren en wat hier de belangrijkste knelpunten zijn.

4.1 Implementatie nieuwe werkwijze

Nieuwe werkwijze onvoldoende duidelijk op werkvloer
In hoofdstuk 3 is omschreven dat de nieuwe werkwijze en met name de bekostiging volgens de verschillende partijen complex is. Er werd ook aangegeven dat de uitvoering, zowel bij zorgaanbieders als bij consulenten, in beperkte mate is betrokken gedurende het aanbestedingstraject. Dit wraakte zich vervolgens bij de implementatie van de nieuwe werkwijze en dit resulteerde in meerdere knelpunten. De algemene tendens is dat voor zowel zorgaanbieders als consulenten lange tijd (of nu nog) niet volledig duidelijk is geweest wat de nieuwe werkwijze precies inhoudt.

Zowel consulenten als zorgaanbieders geven aan het gevoel te hebben dat de implementatie van de nieuwe werkwijze 'met stoom en kokend water' is gegaan. Een consulent zegt: *"Vier weken voor de start wisten wij nog niet hoe het werkproces voor ons eruit ging zien. Dat heeft uiteindelijk een externe partij onderzocht. Dat was een soort basis om mee te starten, tenminste iets. En nu doen we het nog steeds daarmee, de werkwijze is niet verder doorontwikkeld."* Door de (ervaren) snelheid waarmee de nieuwe werkwijze intrede deed, is er volgens gesprokenen onvoldoende aandacht vooraf besteed hoe de nieuwe werkwijze zou uitpakken op de werkvloer. Ook zorgaanbieders signaleren in de uitvoering dat de transformatie vooral op beleidsniveau is bedacht, maar onvoldoende is meegegeven aan de uitvoering: *"Dit contract is op hoger niveau bedacht. Maar de mensen die het moeten doen, die zullen hier heel goed geschoold moeten worden, als je dit principe wil laten slagen. Als je bij 80% - 90% van de consulenten doorgaat op de oude voet, is er geen basis voor transformatie. Op hoog niveau gaat de sturing op financiën en minder zorgdagen, maar de transformatie vindt plaats tussen consulent en zorgaanbieder."*

Verschillende werkwijzen van gemeenten
Een ander punt waar zorgaanbieders en consulenten tegenaan lopen in de implementatie van de nieuwe werkwijze zijn de verschillende werkwijzen van de gemeenten binnen het SDA. Dit kan zowel een gevolg zijn van de smalle implementatie, maar ook omdat Achterhoekse gemeenten gewend zijn lokaal een eigen werkwijze aan te houden, ondanks dat zij in de SDA verenigd zijn. Ondanks dat de gemeenten een gezamenlijke visie hebben opgesteld, verschillen zij in de uitvoering hiervan. Een lid van de MOSD licht toe: *"Elke gemeente heeft zijn eigen politieke belang en afwegingen. Iedereen heeft dezelfde visie maar komt onderweg andere zaken tegen die de route bepalen. Dus de algemene route wordt ad hoc aangepast op individueel en lokaal niveau."* Het gevolg hiervan is dat gemeenten elk op een net iets andere wijze vormgeven aan de nieuwe werkwijze en zorgaanbieders dus niet een uniform proces kunnen hanteren voor elke gemeente in het SDA: *"Ondanks afspraken blijven gemeenten het op hun eigen manier doen en hebben wij lijstjes per gemeente hoe ze het willen hebben."*

Consulenten merken juist dat zaken omtrent de nieuwe werkwijze op het overstijgende niveau door het SDA bepaald moeten worden. Besluitvorming op dit niveau duurt volgens hen lang, terwijl de zaken die door het SDA besloten worden van grote invloed zijn op hun dagelijks werk. Bijvoorbeeld door het uitblijven van een besluit over het al dan niet afschaffen van parallelle indicaties (waarover in paragraaf 4.3 meer) brengt veel onzekerheden met zich mee in hun dagelijkse werkzaamheden. Deze discussies op bestuurlijk niveau, zorgen ervoor dat het onduidelijk blijft voor de uitvoering wat de verwachtingen zijn.

4.2 Samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten

De partijen die in het Sociaal Domein Achterhoek actief zijn werken op verschillende niveaus met elkaar samen. De nieuwe werkwijze gaat sterk uit van partnerschap en samenwerking. In deze paragraaf wordt besproken hoe de samenwerking op de verschillende niveaus gaat en wat hierbij de knelpunten zijn.

4.2.1 Samenwerking op bestuurlijk niveau

In de gesprekken met zorgaanbieders en verschillende partijen binnen het SDA kwam naar voren dat er met name op bestuurlijk niveau sprake is van veel discussie en een moeizame samenwerking. Dit komt de transformatie niet ten goede. In wat volgt wordt besproken hoe de relatie op dit moment wordt ervaren en wat als oorzaken hiervoor aangedragen wordt.

Spanningen op bestuurlijk niveau: relatie tussen gemeenten en zorgaanbieders verslechterd

De samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten komt op beleid- en managementniveau niet goed van de grond. Er wordt gesproken over verziekte onderlinge verhoudingen. Dit zijn directe gevolgen van de aanbestedingsprocedure, foutieve inschrijvingen, financiële discussies daarover en een halsstarrige houding van beide partijen nadien. Volgens zorgaanbieders was er vanaf het opzetten van de aanbesteding al geen sprake van samenwerking. Zorgaanbieders hebben het gevoel dat er niks met hun zorgen en vragen over onduidelijkheden is gedaan: *"De gemeenten hebben zich gedurende het proces niks aangetrokken van de input van de zorgaanbieders. De gemeenten waren soms zelf ronduit arrogant in haar beantwoording op vragen tijdens het proces".*

Ook hebben enkelen het gevoel dat er onredelijk is onderhandeld door het SDA: "*Ze [inkoop] hebben ook gezegd dat onze prijzen omlaag moesten voor de aanbesteding en toen wij later met andere aanbieders gingen praten bleek dat we de goedkoopste waren. Wij hebben een goede prijs neergelegd en dan willen ze het onderste uit de kan halen. Dat is geen partnerschap."*

De manier waarop naar cliënten is gecommuniceerd vanuit gemeenten dat er een nieuwe werkwijze kwam is ook een punt van onvrede bij zorgaanbieders. Een aantal van hen had aangegeven graag te willen meedenken over de communicatie naar cliënten. Zij zijn hier uiteindelijk echter niet bij betrokken en merkten dat de brief die hierover verstuurd is bij cliënten voor veel onrust zorgde. *"Er is meerdere keren gezegd dat we ook als aanbieders wilden meekijken in die brieven, want het zijn onze cliënten en wij weten hoe zo'n brief op hen overkomt. Dat gebeurde niet, dus vervolgens waren onze cliënten overstuur en moesten wij alsnog puinruimen."*

Gesprek over inhoud is niet mogelijk, gesprek over financiële tekorten werd afgehouden

Na de implementatie van de nieuwe werkwijze bleek vervolgens bij een aantal zorgaanbieders dat zij met de afgegeven prijs in de aanbesteding financieel niet uitkwamen. Deze zorgaanbieders ervaarden hierna bij het aankaarten van de financiële problemen weinig begrip bij gemeenten:

"We hebben jongeren behandeld waar we 80.000 euro voor kwijt waren en daar kreeg je vervolgens 9.000 euro voor. En als je met de gemeente in gesprek wilde over hoe doen we dat nu, dan kregen we van de gemeente de reactie dat het ons probleem is. Om te vervolgen: 'met deze aanbesteding hebben we de zorg afgekocht en jullie moeten doen wat nodig is'." Ook bij andere onvoorziene gevolgen voelden zorgaanbieders zich niet begrepen: *"Er zijn partijen die aan hebben gegeven dat ze er helemaal niet uitkomen met het tarief of dat ze hele andere clientèle krijgen dan wat ze geoffreerd hebben. Dan moet er een gesprek zijn, hoe komt dat? Bijna alle aanbieders zijn bereid om de boeken open te gooien en te laten zien: dit zijn onze kosten en dit zijn onze inkomsten. Maar zo ver komt het niet eens, ze horen alleen 'Pietje wil meer geld' en dat doen we niet."*

Het is volgens zorgaanbieders lange tijd niet mogelijk geweest om gezamenlijk met het SDA tot een oplossing te komen voor financiële problemen. Veel zorgaanbieders ervaren een wantrouwen jegens hen en een halsstarrige houding van de gemeenten. Sommigen hebben het gevoel als zogenaamde 'zorgcowboys' te worden weggezet en zijn van mening dat in de discussie vanuit gemeenten de term 'zorgondernemer' een negatieve lading heeft gekregen. En omdat de discussies blijven hangen op het financiële lukte het ook niet om in gesprek te gaan over de inhoudelijke transformatie.

Herijking plekprijzen zorgt voor nieuwe druk op de samenwerking

Een ander punt dat de, tot dan toe al niet zeer goede, verhoudingen verder onder druk heeft gezet was de herijking van de plekprijzen ten opzichte van het eerste contractjaar. Zorgaanbieders hebben (achteraf bevestigd) een te lage prijs afgegeven voor het eerste jaar van de nieuwe werkwijze. Toen zij in april hun prijzen konden indexeren hebben zorgaanbieders een aanzienlijke prijsverhoging doorgevoerd. Zorgaanbieders geven aan dat dit noodzakelijk was, dat zij hiermee onder andere een marge inbouwen voor de risico's die de nieuwe werkwijze voor hen met zich meebrengt. *"Nu we gaan herijken zijn ze [SDA] verbaasd dat er een grote prijsverhoging komt. Dat zijn wij [zorgaanbieders] niet, ten eerste er is inflatie en ten tweede wij gaan risico inbouwen omdat ze bij de gemeente geen ruimte daarvoor hebben anders."*

Voor het SDA kwam dit als een verrassing. De beslissing over het al dan niet goedkeuren van de indexatie is vervolgens een aantal keer uitgesteld. Ook is dit niet ten goede gekomen aan de relatie tussen gemeenten en zorgaanbieders. Ook vanuit het SDA wordt dit erkend: *"Er moet kou uit de lucht bij zorgaanbieders. We moeten terug naar de tekentafel. Na het besluit over akkoord op herijkte tarieven. Daar kijken partners naar uit. Daarna kunnen we weer met elkaar om de tafel als nieuwe start."*

Zorgaanbieders geven echter aan dat er eerst gewerkt moet worden aan het verbeteren van de samenwerking met het SDA voordat er daadwerkelijk sprake kan zijn van transformatie: *"De gemeente denkt nu: we hebben herijkt, ze [zorgaanbieders] hebben het geld dus ze moeten nu als een gek gaan transformeren. Maar volgens mij is het andersom. We moeten het hebben over hoe we tot een partnerschap kunnen komen en vanuit daar samen gaan transformeren."*

Risico is daarbij dat ook in 2024 weer een herijking van de plekprijzen plaatsvindt.

Weerstand tegen één indicatie per cliënt bij zorgaanbieders en consulenten

In oktober 2023 zijn het SDA en de zorgaanbieders tot overeenstemming gekomen over de herijking van de plekprijzen. Echter zijn zorgaanbieders er niet gerust op dat de relatie met het

SDA nu in rustiger vaarwater komt. Zoals het nu is besloten mag er namelijk vanaf 1 januari 2024 niet langer met parallelle indicaties gewerkt worden. Dit betekent dat elke cliënt in het SDA nog slechts één indicatie mag hebben. Dit is zoals in de contracten tussen SDA en zorgaanbieders bij de aanbesteding is afgesproken. Als cliënten verschillende typen ondersteuning nodig hebben en deze niet door één zorgaanbieder geleverd kunnen worden, is het de bedoeling dat zorgaanbieders dit onderling regelen. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij in deze gevallen de extra benodigde zorg voor een cliënt zelf inkopen bij een andere zorgaanbieder en hierover onderling afspraken maken. Hier is zowel bij zorgaanbieders als bij consulenten weerstand tegen. Consulenten zijn tegen afschaffing omdat er onvoldoende maatwerk mogelijk is bij afschaffing en zorgaanbieders omdat zij de consequenties aan de voorkant niet hebben overzien. Zij hebben bijvoorbeeld niet de juiste samenwerkingspartners, moeten tegen hoger tarief inkopen dan zij zelf ontvangen en hebben een segment niet gewonnen waardoor ze dat bij een andere partij moeten inkopen terwijl ze het ook zelf in huis hebben.

Voor zorgaanbieders betekent het afschaffen van parallelle indicaties dat zij voor alle huidige cliënten met dubbele indicaties afspraken moeten maken met andere zorgaanbieders. Dit kan om grote aantallen gaan: *"We hebben 500 cliënten en bijna een derde heeft een parallelle indicatie bij 50 verschillende aanbieders. Dus als ze dat echt gaan doorvoeren dan hebben we daar nog veel gesprekken over te voeren."* Voor nieuwe cliënten vergt dit van zorgaanbieders dat zij goed zicht hebben op welke andere aanbieders er zijn om eventuele samenwerkingen aan te gaan. Een deel van de zorgaanbieders geeft aan dit overzicht niet te hebben en dat dit een te grote vraag is aan hen: *"Ik ga er niet aan meewerken. Dit is echt onbegonnen werk. We weten niet welke partij wel of niet gecontracteerd is [door het SDA] en welke producten zij aanbieden."*

Daarnaast brengt deze vorm van samenwerking voor zorgaanbieders aanvullend risico (en administratie) met zich mee. Zorgaanbieders geven namelijk aan dat als zij een andere partij betalen voor het uitvoeren van zorg, zij ook verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit die wordt geleverd. Dit betekent dat zij controles hierop moeten gaan uitvoeren. En dat komt volgens zorgaanbieders niet ten goede aan onderlinge samenwerking: *"Dat is een dooddoener voor samenwerking, want zodra je iemand gaat betalen moet je ze ook controleren. Doet die andere aanbieder wat hij moet doen, leveren ze kwaliteit?* Ook het feit dat zorgaanbieders onderling prijsafspraken moeten gaan maken en bedenken hoe zij informatie over cliënten uitwisselen komt volgens zorgaanbieders niet ten goede aan de samenwerking en de zorg voor de cliënt: *"Dan ben je veel meer bezig met bedrijfsvoering en prijsafspraken maken in plaats van dat je het kan hebben over een gezamenlijke aanpak voor de inhoud. Dat is de paradox."*

Het is niet zo dat zorgaanbieders de beweging om cliënten zo veel mogelijk onder te brengen bij één zorgaanbieder niet onderschrijven. Ook zij kunnen zich hierin vinden, maar willen dat voor de cliënten waarbij dit nodig is de mogelijkheid blijft om wel te werken met parallelle indicaties. Ook lijkt voor aanbieders niet duidelijk dat zij bij inschrijving op de aanbesteding getekend hebben voor één indicatie per cliënt en wat dit inhield: *"Bijvoorbeeld ook bij het stoppen met parallelle indicaties, dat wordt gewoon doorgedrukt. Er is geen overleg over geweest hoe dat eruit moet komen te zien."* Meer over de impact van het niet kunnen inzetten van parallelle indicaties in hoofdstuk 5.

Geen begrip voor bedrijfsvoering over en weer
Zorgaanbieders en gemeenten hebben beiden het gevoel dat de andere partij geen begrip heeft voor hun bedrijfsvoering en risico's die zij lopen. Zoals hierboven beschreven vinden zorgaanbieders dat er door SDA geen rekening is gehouden met de praktische uitvoerbaarheid van plannen voor zorgaanbieders. Voorbeelden hiervan zijn de administratie en extra bedrijfsvoering die samenwerking onderling met zich meebrengt voor zorgaanbieders. En ook het bekostigingssysteem zorgt voor extra administratiekosten, omdat zorgaanbieders de lumpsumbekostiging voor hun financiële verantwoording terug moeten rekenen naar uren: *"Lumpsum brengen ze [het SDA] terug naar dagprijzen. Dat is je totale verantwoording naar het SDA. Maar daar kom je zelf bij je eigen accountants en onderling niet mee weg."*

Gemeenten ervaren tegelijkertijd dat zorgaanbieders ook moeten onderschrijven dat zorg en ondersteuning efficiënter moet. En dat hier gezamenlijk een oplossing voor gezocht moet worden. Ook zien gemeenten dat zorgaanbieders soms niet altijd goed de eigen administratie bijhouden en er hierdoor onnodig geld uitgegeven wordt. Gemeenten betalen namelijk voor elke dag dat een cliënt in zorg is. Dit is vanaf het startbericht van de zorgaanbieder tot het eindbericht en onafhankelijk van hoeveel dagen een zorgaanbieder daadwerkelijk zorg levert. Gemeenten zien dat zorgaanbieders soms een startdatum opgeven ver voordat de zorg daadwerkelijk van start gaat. Ook wordt het dossier van een cliënt bij zorgaanbieders soms pas afgesloten lang nadat het behandeltraject eigenlijk is afgerond. Zorgaanbieders laten het dossier open staan terwijl enkel nog een kleine handeling verricht dient te worden. Doordat dit soort situaties spelen wordt er al snel naar de financiën gekeken, hetgeen de discussie tussen beide partijen op dit niveau verhardt.

4.2.2 Samenwerking op uitvoering
Ondanks dat er op bestuurlijk-/managementniveau veel onvrede is, is de samenwerking op het niveau van de uitvoering volgens zowel consulenten als zorgaanbieders goed. En ook met contractmanagers van het SDA zijn de relaties over het algemeen op persoonlijk niveau goed.

Relatie tussen zorgaanbieders en consulenten goed
Zorgaanbieders en consulenten weten elkaar over het algemeen goed te vinden en zijn te spreken over de onderlinge samenwerking: *"We hebben goed contact met Wmo consulenten, laagdrempelig, ze zijn goed bereikbaar en meedenkend bij vragen."* Dit is wel het beeld met name bij organisaties die al langer actief zijn in de Achterhoek. Deze worden goed gevonden door consulenten en hebben goed contact over en weer. Echter geven enkele aanbieders aan nog minder bekend te zijn: *"De samenwerking met gemeenten waar we al langer mee samenwerken is prima. De samenwerking met gemeenten waar we (relatief) nieuw zijn verloopt slecht. Een paar jaar na gunning weten consulenten kennelijk nog steeds niet dat we aanbieder zijn van integrale ondersteuning in hun gemeente. En dat is teleurstellend."* Ook consulenten zelf geven aan met bepaalde zorgaanbieders betere relaties te hebben dan met anderen en vaak naar bekende zorgaanbieders te verwijzen: *"Je verwijst meestal toch naar zorgaanbieders waarvan je weet: die zijn goed en die pakken het goed op. De lijntjes tussen consulenten en zorgaanbieders liggen er vaak al."*

Zorgaanbieders en consulenten betichten elkaar ervan volgens oude werkwijze te werken
Zorgaanbieders geven aan dat consulenten soms te veel nog op de stoel van de zorgaanbieder gaan zitten. Zoals in paragraaf 4.1 al beschreven, vindt een deel van de zorgaanbieders dat consulenten te veel bezig zijn met het 'hoe', de invulling van de ingezette hulp. Ook zijn de

doelen die consulenten formuleren volgens zorgaanbieders niet altijd concreet genoeg en haalbaar: *"Vaak is het probleem niet volledig beschreven en het resultaat niet concreet afgebakend omschreven. Er worden dan te vage en te brede opdrachten aan ons als zorgaanbieder gesteld waardoor wij gaan zwemmen."*

Consulenten geven aan dat het voor hen onmogelijk is om helemaal geen invloed uit te oefenen op de wijze waarop doelen bereikt worden: *"Er is niet 1 aanbieder die daarvoor [sociale vaardigheden verbeteren] allerlei verschillende typen zorg aanbiedt. Wij moeten dus wel bedenken dat een kind misschien baat zou kunnen hebben bij PMT om te beslissen dat je een kind aanmeldt bij een aanbieder die dat biedt."* Bovendien zien consulenten in complexe casussen dat het nodig is dat zij een regierol innemen, en dus ook mee beslissen over het 'hoe': *"In complexe casussen moeten er zo veel verschillende gesprekken gevoerd worden, dat je weer op de regie gaat zitten. Het moet omdat je ziet dat het anders niet goed gaat. Dan ben je niet alleen maar meer opdrachtgever."*

Ook signaleerden zorgaanbieders in de periode direct na de overgang naar de nieuwe werkwijze dat consulenten nog op de oude wijze werkten: *"In het begin hadden we dat consulenten belden en zeiden: 'ik wil dit product afgeven'. Dan moesten wij zeggen: 'zo werken wij niet meer'. Ze hebben het bij de gemeente in twee dagen uitgelegd gekregen, maar ik denk dat er grote kennisachterstand is."* In de loop van het eerste lumpsumjaar is volgens zorgaanbieders dit wel verbeterd, maar komen zij nog steeds dergelijke situaties tegen.

Consulenten geven op hun beurt aan dat ook zorgaanbieders nog niet altijd volledig volgens de nieuwe werkwijze werken. Zo zien zij dat indicaties veelal terug worden gerekend naar uren door zorgaanbieders: "*Er wordt nog steeds in uren gewerkt en gerekend. Dat zal ook te maken hebben met hun [zorgaanbieders] administratie, maar ook naar cliënten wordt het zo benoemd. En dat is niet meer het geval in de nieuwe werkwijze. Wij beschikken zonder uren.*" Consulenten zien dat een deel van de zorgaanbieders uitgaat van het gemiddelde aantal uren waarmee zij hebben gerekend voor de plekprijzen. Zorgaanbieders worden niet geprikkeld om meer zorg te leveren dan dit gemiddelde, omdat dit betekent dat zij dan ook cliënten met lichtere zorgvragen moeten hebben om dit te compenseren. Deze conflicterende belangen van zorgaanbieder, gemeente en cliënt worden soms letterlijk uitgesproken door zorgaanbieders: *"De klant voelt zich bezwaard om meer uren te vragen, omdat de zorgaanbieder zegt dat andere klanten dan minder uren krijgen. Als uitvoerende medewerker van de gemeente zit je daar tussenin. Wij krijgen de ene opdracht mee en de zorgaanbieder een andere."*

Relatie tussen zorgaanbieders en contractmanagers goed, maar weinig ruimte

Over de relatie met individuele contractmanagers zijn zorgaanbieders over het algemeen positief. Zorgaanbieders hebben veelal het gevoel dat zij zaken waar zij tegenaan lopen aan kunnen kaarten en hier goede gesprekken over kunnen voeren. Het probleem is echter dat contractmanagement gebonden is aan de afspraken uit de aanbesteding en kan weinig flexibiliteit bieden om tegemoet te komen aan de zorgen van de aanbieders: *"Met de personen is niks mis. Ik heb goede gesprekken en discussies met ze [contractmanagement] gevoerd. Maar uiteindelijk zeggen ze: ik kan geen kant op dit is nou eenmaal het beleid. Hier hebben jullie een contract voor getekend, dus jullie moeten dit gewoon gaan uitvoeren."*

Daarnaast hebben enkele zorgaanbieders de gesprekken met contractmanagers wel als negatief ervaren: *"Wij geven onze grenzen aan en dan komt de contractmanager. Met [twee gemeenten] heb ik*

wel nare ervaringen gehad. Dat een contractmanager aangaf: 'Mag ik je even herinneren aan je zorgplicht of aan je acceptatieplicht.' Dan denk ik: we zitten toch in een samenwerking? Zo praat je toch niet met mij. Dat verziekt de sfeer. De hele sfeer is wel een beetje verziekt door de nieuwe inkoop en dat is super jammer."

Door lumpsum is het moeilijker geworden om te monitoren

Het contractmanagement vanuit het SDA wordt op verschillende wijzen bemoeilijkt. Ten eerste doordat gemeenten verschillende werkwijzen behouden. Dit betekent extra administratieve lasten en een gebrek aan overzicht ook voor de backoffice en de financials. Ook voor consulenten is het moeilijker om te monitoren wat er exact gedaan wordt door zorgaanbieders, dit is inherent aan de nieuwe werkwijze met brede productcodes. Toch zouden consulenten graag meer grip willen.

Ten tweede is sturing op resultaten nog niet mogelijk omdat er nog geen indicatoren zijn aan de hand waarvan deze gemonitord kunnen worden: *"De doelstellingen staan wel goed op papier, staat iedereen achter. Maar die vertaling naar kpi's mist."* Hiervoor is een bouwgroep samengesteld bestaande uit verschillende partijen, waaronder ook zorgaanbieders. Over de samenwerking in de bouwgroep is men positief: *"Om resultaten te kunnen meten moet je eerst bedenken hoe je dat gaat doen. Daarvoor is een bouwgroep gemaakt. In die bouwgroep zitten we allemaal door elkaar, zorgaanbieders, contractmanagers, financial controllers. Wij hadden een hele actieve groep, met leuke mensen van de gemeente en andere partijen. Dan ben je in partnerschap iets aan het bouwen waarmee je op resultaten kan sturen."* Uiteindelijk zijn hier echter nog geen concrete bouwstenen gekomen aan de hand waarvan resultaten gemeten kunnen worden. Dit wordt door zowel de backoffice als contractmanagement en zorgaanbieders onderschreven.

- De backoffice: *"Bij het begin van de aanbesteding moesten er kpi's komen. […] Daar is toen de brede monitoring uit gekomen. Dat is breder dan een set kpi's. Uit de brede monitoring moet een evaluatieformulier komen. Maar dan moet je aan de toegang uitleggen wat ze moeten vragen. De toegang heeft nog onvoldoende besef wat er uit de monitoring moet komen. Dat zou nog verder handen en voeten moeten krijgen."*
- De backoffice: "*Wij verliezen het overzicht. Je hebt geen grip meer op wat er gebeurt. Als je niet evalueert of de zorg goed is geregeld en of resultaten zijn behaald, dan kun je niet sturen."*
- Zorgaanbieders: "*De kpi's zijn nog niet concreet geworden. Het is ook niet meer duidelijk hoe je de productieverantwoording moet indienen, het is eerder onduidelijk geworden."*
- Contractmanagement: *"Alle gemeenten willen werken met een evaluatieformulier: alleen Aalten doet dit, de rest niet. Hoe bepaal je dan doelen? Er moeten SMART doelen geformuleerd worden, dat gebeurt allemaal niet. Wat kan je dan evalueren?"*

4.2.3 Belangrijkste knelpunten die uit de samenwerking naar voren komen

Knelpunten in samenwerking voornamelijk op bestuurlijk niveau

De voornaamste knelpunten in de implementatie van de nieuwe werkwijze en de samenwerking tussen de verschillende partijen liggen op bestuurlijk niveau. Zorgaanbieders geven aan dat de sfeer op dit niveau zodanig slecht is dat hier eerst verbetering in moet komen voordat samen verder gegaan kan worden met de transformatie van de het sociaal domein: *"We kunnen niet verder in dit systeem als het vertrouwen niet is hersteld, als er zo een grote afstand is tussen gemeente, aanbieders en inwoners."*

Hieronder volgt een opsomming van de voornaamste knelpunten:

- De discussie tussen aanbieders en het SDA is in het eerste jaar te veel financieel gestuurd geweest. Er is veel te doen geweest over zorgaanbieders die het financieel gezien moeilijk hebben sinds de nieuwe werkwijze en ook over de herijking van de plekprijzen voor het nieuwe contractjaar. Hierdoor komt men niet toe aan gesprekken over de inhoud.
- Momenteel loopt de discussie over het doorzetten van één indicatie per cliënt. Zowel zorgaanbieders als consulenten geven aan dat dit niet werkbaar is en voelen zich niet altijd gehoord.
- Samenwerking tussen zorgaanbieders wordt afgedwongen, maar is praktisch gezien complex, levert extra administratieve lasten op en is niet altijd wenselijk volgens zorgaanbieders.
- Zorgaanbieders voelen weinig begrip vanuit de gemeenten voor hun bedrijfsvoering.
- Het contact tussen zorgaanbieders en consulenten is goed, maar consulenten weten nog niet alle zorgaanbieders te vinden.
- Consulenten proberen soms nog te veel invloed uit te oefenen op de zorg die een zorgaanbieder inzet. Dit is echter bij complexe problematiek ook niet altijd te voorkomen.
- Er is weinig ruimte in de contracten. Zorgaanbieders kunnen bij contractmanagement terecht met zorgen en problemen, maar contractmanagers kunnen hen hierin niet tegemoetkomen.
- Gemeenten zien nog niet dat zorgaanbieders bezig zijn met innovatie.
- Monitoring en sturing op resultaten komt nog weinig van de grond. Doordat er geen kpi's zijn om dit te meten kan men hierover niet in gesprek gaan.

4.3 Belangrijkste bevindingen

De ervaring van bijna alle gesprokenen met de nieuwe werkwijze is dat de visie nog niet voldoende in de praktijk naar voren komt, doordat de implementatie tekort heeft geschoten. De nieuwe werkwijze is met name op een hoger abstractieniveau bedacht. Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat er te makkelijk is gedacht over de implementatie van sommige onderdelen. Bijvoorbeeld bij complexe problematiek: dit vereist meer betrokkenheid van de consulent en daarin is het 'wat' van de consulent niet los te zien van het 'hoe' van de zorgaanbieder, geven consulenten aan. Neem daar bij dat 8 gemeenten anders werken en dat er veel onduidelijkheden nog bestaan over de nieuwe werkwijze ook binnen de toegang. Langzaamaan gaat dat wel beter, maar de vraag is of de gehele visie wel in de praktijk haalbaar is en of er niet meer en beter nagedacht had moeten worden over de gevolgen voor de praktijk.

Mede door de hierboven genoemde punten staat de samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten onder druk. De discussie tussen zorgaanbieders en het SDA is sterk financieel gestuurd de afgelopen contractperiode wordt door alle gesprokenen aangegeven. Hierdoor is sprake van een verziekte sfeer en gebrek aan vertrouwen zowel bij gemeenten als bij zorgaanbieders, vooral op management en bestuurlijk niveau. Contacten tussen zorgaanbieders enerzijds en consulenten en (over het algemeen) CLM'ers anderzijds worden wel als positief beoordeeld. Om gezamenlijk verder te kunnen werken aan de transformatie is het vanuit verschillende perspectieven eerst nodig dat de relaties op bestuurlijk niveau worden verbeterd.

5 Resultaten

Sociaal Domein Achterhoek definieerde zes verschillende resultaatgebieden waar de nieuwe werkwijze een bijdrage aan moet leveren. Dit zijn achtereenvolgens 1) een dekkend zorglandschap, 2) cliëntperspectief met cliëntvraag voorop, 3) minder aanbieders, 4) financiële doelen, 5) inhoudelijke transformatie (meer preventie, samenwerking) en 6) kwaliteitsverbetering (resultaatgerichte zorg). Hieronder wordt per resultaatgebied aangegeven wat de resultaten tot nu toe zijn.

Bij het lezen van dit hoofdstuk moet in het achterhoofd gehouden worden dat de nieuwe werkwijze pas een jaar van start is en gedurende negen maanden na ingang van de contracten er nog een overgangsperiode gold. De resultaten die hier staan beschreven zijn voortgekomen uit een gestructureerde analyse van de gesprekken met ± 120 dagelijks betrokkenen bij zorgaanbieders, consulenten van de toegang en medewerkers van gemeenten. Gedurende deze evaluatie is op verschillende manieren gezocht voor een aanvullende cijfermatige onderbouwing van de resultaten. Mede vanwege de overgangsperiode zijn de cijfers tot nu toe nog niet betrouwbaar genoeg om in deze evaluatie opgenomen te worden.

5.1 Dekkend zorglandschap

Onder een dekkend zorglandschap verstaan de gemeenten dat alle benodigde typen zorg in de regio Achterhoek voorhanden zijn, er voldoende zorgcapaciteit is en er overal in de Achterhoek dekking (ook per gemeente) is.

Op papier een dekkend zorglandschap, wel kanttekeningen in de praktijk

Uit de interviews met consulenten en groepsgesprekken met medewerkers van gemeenten komt naar voren dat uit de inkoop op papier een dekkend zorglandschap aanwezig is. Iedere zorgaanbieder kon afvinken welke vorm van zorg of ondersteuning zij konden bieden. In de selectieprocedure is vervolgens gekeken naar de ‘lokale binding’, ofwel de wijze waarop de zorgaanbieder de ondersteuning aan de cliënt en zijn netwerk zo nabij mogelijk weet te organiseren en af te stemmen op de lokale voorzieningen. Op basis van de selectie en de aanbestedingsprocedure is op papier voor het gros van de cliënten een dekkend zorglandschap aanwezig.

Vormen van ondersteuning die op dit moment nog wel gemist worden zijn 1) verslavingszorg, 2) ondersteuning voor mensen met een multiculturele achtergrond en 3) zorg voor ouderen met dementie. Er wordt aangegeven dat via individuele overeenkomsten (IO’s) wel afspraken met zorgaanbieders kunnen worden gemaakt die niet gecontracteerd zijn. Als voorbeeld wordt het inschakelen van Tactus Verslavingszorg via een IO genoemd als een ‘omweg’ om toch verslavingszorg in te kunnen zetten wanneer nodig. Dit lost de meeste knelpunten op.

In de dagelijkse praktijk lopen consulenten echter tegen problemen aan, waardoor zij twijfelen over de werkelijke (geografische) dekking van het zorglandschap. Met name in de landelijke gemeenten in Oost-Achterhoek loopt men tegen praktische problemen aan. Enkele van deze problemen versterken elkaar. Uit de interviews komen de volgende punten naar voren:

- De invloed van het niet mogen verstrekken van parallelle indicaties. Zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven zijn het niet mogen verstrekken van parallelle indicaties een belangrijk knelpunt. Volgens de nieuwe werkwijze dient een penvoerder/hoofdaannemer eventuele onderaannemers te betrekken bij het behandelen van een hulpvraag. Het komt voor dat hoofdaanbieders niet altijd beschikken over de juiste onderaannemers in iedere gemeente of niet voor alle vormen van ondersteuning gecontracteerd zijn. In deze gevallen wordt door consulenten toch sneller gezocht naar een partij die wel alles in huis heeft, waarbij een langere reistijd soms voor lief wordt genomen. Er zijn incidenten genoemd waarbij cliënten van Didam naar Boekelo (bij Enschede) werden vervoerd omdat dit anders niet uit kwam met de indicatie. Dit wordt zowel door zorgaanbieders als consulenten als zeer hinderlijk ervaren. Een consulent licht toe: "*Het is moeilijk te verkopen naar onze inwoner dat er geen parallelle indicatie mag lopen. Stel je woont in Aalten en hebt een zorgaanbieder die uit Doetinchem komt. Dan komt een vraaguitbreiding. Dan kan het voorkomen dat er alleen een locatie van diezelfde zorgaanbieder is in Oude IJsselstreek. Terwijl er vlak naast de deur een plaats vrij is bij een andere zorgaanbieder in Aalten die de uitbreiding ook kan bieden.*"
  Een grotere zorgaanbieder die zowel begeleiding als behandeling kan bieden, maar niet op beide onderdelen is gecontracteerd geeft aan dat zij dan wel begeleiding mogen bieden, maar voor behandeling vervolgens een onderaannemer tegen een tarief moeten aannemen wat voor hen niet uit kan. Terwijl op hetzelfde moment in de organisatie ook een behandelaar in dienst is, die deze werkzaamheden ook prima zou kunnen uitvoeren. Kleinere aanbieders zeggen in interviews dat zij zien dat sommige cliënten die zij voorheen wel zagen (bijvoorbeeld voor onderzoek) niet meer bij hen worden geplaatst omdat zij bijv. niet gecontracteerd zijn voor onderzoek en grotere partijen dit vaker wel onder één dak hebben.
- Aanbieders zeggen zorg te kunnen leveren, maar kunnen dit niet altijd en er is niet beoordeeld op reistijd. Consulenten geven aan dat gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd in iedere gemeente de hulp kunnen leveren waarvan op papier staat dat zij dit (regionaal) wel zouden moeten kunnen. Deze problematiek speelt met name bij betrokkenen uit gemeenten die verder van Doetinchem liggen, bijvoorbeeld Aalten, Oost-Gelre of Berkelland. Zij beklagen zich over een grote reistijd voor hun cliënten. Een consulent licht toe: "*Er zijn minder aanbieders. Ik zag laatst weer een aanbieder die alles had aangevinkt bij de aanbesteding. Maar die kunnen die zorg gewoon niet leveren. Vooral de grotere spelers zeggen heel veel te kunnen. Maar dat blijkt niet altijd het geval. En ook de afstand is daarin niet meegenomen. Vanuit Oost-Gelderland moet je dan naar Doetinchem omdat er te weinig aanbieder zijn voor jeugd. Als gemeenten zijn we schaakmat gezet. Als regio ga je contracten aan met zorgaanbieders, maar vervolgens kunnen zorgaanbieders bepalen wie ze toelaten.*"
- Zorgaanbieder geven aan niet alle cliënten geplaatst te krijgen. Door de problemen met de gemiddelde tarieven noemen zorgaanbieders dat zij niet altijd alle cliënten nog geplaatst krijgen op de voor de cliënt beste plaatsen. Zorg is gericht op resultaten halen, maar financiering is gebaseerd op gemiddelden. Opschalen doet men door de gemiddelde prijzen en bijbehorende onzekerheid liever niet. Zeker niet wanneer zij voor het inzetten van onderaannemers hogere tarieven moeten betalen, die hoger zijn dan het eigen gemiddelde tarief.
- Door externe ontwikkelingen, zoals bij de jeugdbescherming, krijgen gemeenten vaker te maken met het vinden van plekken voor complexe hulpvragen. Jeugdbescherming verwijst vaker door naar gemeenten omdat zij vaker hulpvragen afschalen. Deze jongeren hebben vaker een intensievere hulpvraag dan gemiddeld. Voor deze jongeren is het soms zoeken

direct een goede plek te vinden. Een consulent licht toe: *"Door afschalen bij jeugdbescherming neemt de druk bij ons team toe omdat wij al die taken moeten oppakken. En dat wat we naar de jeugdbescherming willen krijgen we er niet heen."*. Bij de Wmo is een genoemd voorbeeld waardoor het moeilijk is om plekken te vinden dat zorgaanbieders (bijvoorbeeld de niet-gecontracteerde) vaker mensen met een Wlz-indicatie aannemen om plekken op te vullen, maar ook omdat dit als minder 'rompslomp' ervaren wordt. De uitstroom onder Wlz-cliënten is veel lager dan onder Wmo-cliënten waardoor er minder plaatsen beschikbaar zijn voor Wmo-cliënten die intensievere zorg nodig hebben in de Achterhoek.

Consulenten zien toename wachtlijsten (vooral bij jeugd) door minder passende plekken
Een gevolg van de bovenstaande punten is dat in sommige gemeenten de wachtlijsten volgens consulenten toenemen. Sommige cliënten nemen geen genoegen met een langere reistijd of hebben de voorkeur voor een lokale aanbieder omdat zij hier een beter gevoel bij hebben. Als er bij deze aanbieders minder plekken zijn en met andere aanbieders geen klik is, nemen de wachtlijsten voor zorgaanbieders waar cliënten graag naartoe willen, toe.

Een oplossing waar in de praktijk toch vaak naar wordt gegrepen is het inzetten van IO's om zodoende via een omweg toch de gewenste aanbieders in te kunnen zetten. Een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is voor een bepaald subsegment geeft ook aan "*Voor de aanbesteding zijn geen Wmo-consulenten gecontacteerd, het voelt alsof het van bovenaf is gestuurd. Niet op de praktijk gebaseerd. Zelfde consulenten waren geschrokken dat wij niet gegund waren.*" Een consulent van de gemeente geeft aan: *"Ik ben ook vaak met contractmanagement in overleg met aanbieders en dan gaan we toch weer constructies bouwen. Ik ben van de inhoud en ga voor het belang van het ene kind waar ik dan mee bezig ben. Maar eigenlijk is het heel vreemd dat we het zo doen. Het lijkt alsof het minder maatwerk is geworden."*

Wanneer we kijken naar verschillen tussen segmenten hierin. dan is bij segmenten waarin wonen een rol speelt met name van belang dat er lange wachtlijsten zijn en niet iedereen daardoor snel een plek kan krijgen. En zeker niet altijd dicht bij huis. In de segmenten waarbij zorg op locatie wordt geboden speelt vooral reistijd een rol.

5.2 Cliëntperspectief

Centraal in het doel cliëntperspectief is dat de cliëntvraag voorop staat, met aandacht voor de menselijke maat. De inwoners moeten betrokken zijn bij het bepalen hoe ondersteuning tot stand komt. Vanwege de beperkte doorlooptijd van het onderzoek was het niet mogelijk om cliënten te benaderen. Binnen gemeenten wordt het cliëntperspectief niet gestructureerd in kaart gebracht en gemonitord met betrekking tot de segmenten in deze contracten. Daarom is het cliëntperspectief uitgevraagd bij de consulenten en zorgaanbieders. Hen is gevraagd in hoeverre cliënten iets gemerkt kunnen hebben van de stelselwijziging, positief dan wel negatief.

Bij de resultaten rond het cliëntperspectief moet onderscheid gemaakt worden tussen twee typen cliënten: 1) de nieuwe cliënten die enkel onder de nieuwe werkwijze hulp en ondersteuning kregen en 2) de bestaande cliënten die de overgang van de oude naar de nieuwe werkwijze hebben meegemaakt.

Om het cliëntperspectief in beeld te brengen vanuit het oogpunt van de cliënten zelf zijn aan de acht betrokken gemeenten de resultaten van de jaarlijkse verplichte cliëntervaringsonderzoeken opgevraagd. Eén gemeente kon deze al opleveren, de andere gemeenten hadden deze resultaten nog niet publiekelijk beschikbaar. Daarna bleken de resultaten van deze onderzoeken niet geschikt voor deze evaluatie, omdat veel van de onderzoeken ook gaan over ondersteuning die buiten deze nieuwe werkwijze vallen (bijvoorbeeld hulp bij het huishouden). Hierdoor is het cliëntperspectief gebaseerd op de ervaringen van betrokken professionals en zorgaanbieders.

Sommige cliënten en naasten zijn afhankelijk van advies consulent of zorgaanbieder
Voor de nieuwe cliënten is van belang dat hun cliëntvraag voorop staat met aandacht voor de menselijke maat. Uiteindelijk moeten zij betrokken worden bij hoe de hulp tot stand komt. Uit de gesprekken met consulenten en zorgaanbieders komt naar voren dat de cliënt altijd in het keukentafelgesprek wordt meegenomen in de beschikbare opties. Wel is het hun ervaring dat veel cliënten zelf het overzicht niet hebben welke zorgaanbieders of welk type ondersteuning gewenst is. Zij zijn voor een groot deel afhankelijk van de expertise en ervaringen van de consulenten en/of de zorgaanbieders. Of de regie in de praktijk altijd bij de klant ligt is om logische redenen dan ook maar de vraag.

Cliënten die langere tijd in zorg zitten zullen niet veel gemerkt hebben
Rond de bestaande cliënten die de overgang naar het nieuwe systeem meemaakten zijn de geluiden wisselend. Over het algemeen zijn consulenten en zorgaanbieders het eens dat de cliënten bij wie er onder aan de streep niets veranderde aan de begeleiding of ondersteuning, zij niet veel gemerkt zullen hebben van de stelselwijziging. Vooral voor cliënten die een vaste begeleider of behandelaar hebben is de vertrouwensband met deze persoon belangrijk om resultaten te halen. Zolang deze band niet verstoord werd zal er weinig aan de hand zijn geweest.

Communicatie voorafgaand aan transformatie verdient 'geen schoonheidsprijs'
In voorkomende gevallen is er wel onrust ontstaan onder cliënten. Een aantal zorgaanbieders en consulenten vinden dat de communicatie in de overgangsregeling 'geen schoonheidsprijs' verdient. Gedurende het inkoopproces zijn brieven verstuurd naar cliënten die hulp en ondersteuning ontvangen in de Achterhoek met het bericht van de stelselwijziging en dat dit implicaties kon hebben voor de te ontvangen ondersteuning. De brieven hadden te veel open einden in de ogen van gesproken consulenten en zorgaanbieders, cliënten waren bang dat veel zorgaanbieders weg zouden vallen. Zij kwamen met vragen naar zorgaanbieders en gemeenten 'of de begeleider nog wel kon komen?'

Zorgen bij consulenten en zorgaanbieders om knippen in zorg vanwege kosten
Zoals aangegeven waren er het afgelopen jaar zorgen bij zorgaanbieders dat de gemiddelde tarieven voor de plekprijzen niet afdoende waren om te kunnen voorzien in alle benodigde ondersteuning. Dit heeft er in voorkomende gevallen toe geleid dat sommige zorgaanbieders zijn gaan snijden in het aantal uren ondersteuning dat zij konden bieden aan cliënten. Cliënten bij wie dit voor is gekomen, zullen dit zeker gemerkt hebben. Een cliënt is namelijk doorgaans niet tevreden wanneer minder uren ondersteuning in worden gezet. Een zorgaanbieder licht toe: *"Een deel van de prikkel was de efficiëntieslag maar het sloeg over het algemeen iets te ver door naar we gaan knippen op basis van financiën."*

5.3 Minder aanbieders

Met de nieuwe werkwijze is de SDA teruggegaan van ongeveer 300 aanbieders naar 59 aanbieders waar zij contracten mee hebben. Deze 59 hoofdaanbieders werken wel weer met onderaannemers. Dit zijn op papier ook zo'n 300 organisaties waarvan ongeveer de helft een zorgboerderij, logeergezin of gezinshuis zijn. Met deze onderaannemers hebben gemeenten geen contact. Omdat er geen lijst beschikbaar is van de oude situatie waar deze onderaannemers mogelijk ook al verenigd waren of onderaannemer is een vergelijk niet mogelijk. Doel van minder aanbieders is dat er voor de overgebleven (hoofd)aanbieders meer tijd en ruimte is om het inhoudelijke gesprek te voeren met de gemeente en te sturen op kwaliteit en innovatie. Ook moet het zorgen voor een overzichtelijk en helder aanbod, waarbij voldoende keuzevrijheid voor cliënten gewaarborgd blijft. Uit de resultaten komt naar voren dat dit sterk verbonden is met de doelstelling van een dekkend zorglandschap.

Ongeacht aantal aanbieders is overzicht creëren een blijvend aandachtspunt

Consulenten die al langere tijd werken in de toegang merken op dat zij niet met veel andere personen van zorgaanbieders werken dan voorheen. In de groepsgesprekken met gemeentelijke medewerkers komt naar voren dat teruggaan naar 59 zorgaanbieders er niet automatisch toe leidt dat er meer overzicht is omtrent wat beschikbaar is. Dit moet nog groeien. Ook toen er nog 300 aanbieders regionaal beschikbaar waren, werd per gemeente niet iedere van die 300 aanbieders ingezet. Mede door het verloop in het personeelsbestand bij zowel zorgaanbieders als consulenten moet er constant aandacht blijven voor welke zorgaanbieder welke hulpvragen op kan pakken. Dit is een blijvend punt van aandacht.

Wat het overzicht (met name voor nieuwe medewerkers) bemoeilijkt is dat verschillende zorgaanbieders verschillende interpretaties hebben hoe zij zorg en ondersteuning invullen. Dit moet zich ook nog uitkristalliseren. Een voorbeeld genoemd door een consulent: "*Bijvoorbeeld rond sporten. Kan bij zorgaanbieder A via de sportschool, bij zorgaanbieder B thuis. Cliënt kiest voor B en wil vervolgens sporten bij sportschool. Dat levert weer gedoe op, want die zorgaanbieder B laat de cliënt niet sporten bij de sportschool als ze het zelf kunnen verzorgen. Dus er verandert wel wat voor cliënten en dat vinden ze niet altijd fijn*".

Wat de expertise van iedere zorgaanbieder is, ligt dan ook vooral bij de kennis en ervaring van de consulenten. Consulenten kunnen daarmee niet alleen een rol vervullen in het bepalen van 'wat' er moet gebeuren, maar kunnen ook sturen 'waar' dit moet gebeuren. Zij kunnen in feite een rol als ondersteuningsmakelaar vervullen, door cliënt aan een zorgaanbieder te koppelen. In de gemeenten is dit vaak ook al het geval: cliënten kunnen zelf geen ondersteuningsvorm of aanbieder kiezen en zijn afhankelijk van het advies van de consulent.

Lokale zorgaanbieders niet gecontracteerd, zorgt soms voor problemen

Zoals bij het resultaatgebied dekkend zorglandschap ook al naar voren komt, zorgen minder (hoofd)aanbieders en het niet mogen in zetten van parallelle indicaties ervoor dat er door consulenten constructies moeten worden bedacht om toch het benodigde maatwerk te kunnen leveren. Dit is ook zo omdat de onderaannemers van de hoofdaannemers niet altijd even goed in beeld zijn aan de kant van de gemeente. Dit wordt het beste geïllustreerd aan de hand van de volgende quotes:

- Consulent: *"Eerste ervaringen zijn wisselend. Het is mooi dat er een aantal hoofdaanbieders zijn. Het aanbod is geslonken, daardoor is het idee dat er meer toezicht op de aanbieders is. En dat we*

meer controle uitoefenen. In de praktijk vind ik dat daar nog niet veel van te zien is. Het is een beetje een chaos. Zorgaanbieders weten niet goed wat de bedoeling is van de nieuwe inkoop. Het aanbod is geslonken, veel kleine aanbieders kwijt, de complexe groep kunnen we moeilijk kwijt."

- Consulent: *"Je kijkt of iemand in de toekomst dagbesteding nodig heeft, maar dan heb je maar een beperkt aantal aanbieders die zowel begeleiding als dagbesteding bieden. Daar let je dan op. Want anders wordt het later lastig als blijkt dat iemand nog wel dagbesteding nodig heeft maar dat dit niet bij dezelfde aanbieder kan. Als dat opgelost kan worden, bijvoorbeeld dat we nog wel dubbele indicaties kunnen hebben ben ik al stuk blijer."*
- Groepsgesprek beleidsmedewerkers: *"Je hebt geen idee van wie onderaannemers zijn. Afgelopen jaren is er zo veel veranderd. Andere aanbieders, op inhoud. Dat leidt tot allerlei vragen en zoektochten."*

5.4 Financiële doelen

De financiële doelen op de lange termijn zijn voor Sociaal Domein Achterhoek het beheersbaar houden van oplopende zorgkosten met een besparingsdoelstelling over meerdere jaren. Het onderzoek van PPRC is al in meer detail ingegaan op de financiële ontwikkelingen en in hoeverre de tarieven gehanteerd door zorgaanbieders reëel zijn. Hieruit kwam naar voren dat de werkelijke stijging van de kosten in de Achterhoek over het afgelopen jaar vergelijkbaar is met het landelijke beeld, vooral omdat er in het eerste jaar onjuiste aannames zijn gedaan door zorgaanbieders, mede door de complexiteit van de plekprijs en onduidelijkheden in de aanbesteding. In dit blok gaan wij in op ervaringen met de nieuwe bekostigingssystematiek. Met name op het gebied van de administratieve lasten komt naar voren dat gemeenten de administratieve last veelal bij zorgaanbieders hebben gelegd. Zorgaanbieders rekenen dit door naar gemeenten. Tegelijk hebben door de nieuwe af- en verrekening de financiële afdelingen en de backoffice de moeite om het overzicht te behouden.

Belangrijkste zorgen rond prikkels bij de bekostiging

- Er is een prikkel om alleen de makkelijke(re) cliënten aan te nemen. Het werken met een gemiddelde plekprijs werkt niet goed als de zorgzwaarte van cliënten een zeer grote range kent. Zorgaanbieders kunnen niet sturen op wat voor type cliënten zij binnen krijgen van de gemeenten. Wanneer de zorgzwaarte van cliënten dan anders is dan van te voren verwacht, bijvoorbeeld omdat men altijd cliënten had met een lage zorgzwaarte, dan zorgt dit voor financiële problemen. In gesprekken zijn voorbeelden aangehaald waar een zorgaanbieder meerdere cliënten kreeg die wel 10 keer meer kostten dan de gemiddelde aangeboden plekprijs. Zij voelden zich daarna min of meer gedwongen om de ondersteuning alsnog te leveren. Dit zet de bedrijfsvoering van deze organisaties onder druk. Er is een andere zorgaanbieder gesproken die in een gesprek aangaf dat zij haarzelf al meer dan een half jaar geen salaris meer had uitbetaald gedurende de eerste lumpsumperiode. Dit leidt tot de beweging dat sommige zorgaanbieders de zwaardere cliënten niet meer aannemen en deze nog maar lastig weg te zetten zijn. Een zorgaanbieder licht toe: *"Je kan dit systeem uitmelken. De moeilijke gevallen hou je buiten de deur en de makkelijke haal ik binnen. Je kan onderbouwen dat je een cliënt niet wil, bijv. 9 uur in de week voor deze cliënt ga ik niet redden. Dan weiger ik die. Dat gesprek met de gemeente kan wel gevoerd worden. Ze hebben wel gezegd dat je moet accepteren. Maar ik denk ja ik dat kan niet."*
- Er is geen prikkel om de ondersteuning zo snel mogelijk af te ronden, de prikkel is eerder andersom. Zorgaanbieders krijgen per dag afgerekend. Daarbij is het startbericht en het stopbericht leidend. Er is geen incentive om de zorg sneller af te ronden dan nodig is. Dit gaat

tegen de gedachte van lumpsum in. Er zijn signalen vanuit de gemeente dat de zorg nog niet gestart is maar er al wel een startbericht wordt verzonden. Die wordt bijvoorbeeld verzonden bij aanmelding terwijl de intake dan nog een aantal weken op zich laat wachten. Ook zijn er zorgaanbieders die hebben aangegeven dat het aantrekkelijk is om de zorg in mindere intensiteit nog even door te laten lopen. Een medewerker van de gemeente: *"Ik heb er een aantal gecontroleerd dit jaar en bij 3 klopte het niet. Daar betaalden we 5000 euro meer omdat de indicaties langer dan nodig doorliepen. Ik kon het controleren bij 3 aanbieders, maar bij veel aanbieders weet je het ook niet."*

Een andere medewerker: *"Ik vraag me ook wel eens af hoe het zit met de startberichten. Soms begeleid ik het hele proces naar het startgesprek. Dan zet ik de startdatum op de dag dat het startgesprek is. Maar soms begeleid ik dat proces niet en geef ik direct een beschikking. Soms hebben ze dan al 3 weken een beschikking lopen terwijl ze nog helemaal niet zijn begonnen. Voorheen gingen aanbieders pas facturen als ze wat hadden gedaan. Nu is het gewoon de startdatum die wij erop zetten. En is dat niet gunstig voor hen? En moeten we daar niet iets mee?"*

- De voordelen van de lumpsum zijn volgens aanbieders vooral vanuit het oogpunt van gemeenten beredeneerd. Zonder daarbij rekening te houden met het aanvullende risico dat zorgaanbieders lopen en de extra verantwoordelijkheden die zij er bij hebben gekregen. Een voorbeeld van een zorgaanbieder: *"Als we meer zorg leveren krijgen we er niet voor betaald door de bandbreedte en bij minder houden we geld over. SDA zegt: dat kun je tegen elkaar wegstrepen. Dat is niet waar, dat is vanuit de gemeentefinanciën geredeneerd. Plus je hebt prikkels, als je maar voor 100 bent gecontracteerd en je hebt 96 cliënten, dan ga je niet je best doen voor meer. Bij 4 cliënten te veel op 100 ben je je hele rendement al kwijt. Marges zijn te klein"*
- Jaarlijkse indexatie geeft onvoldoende handvaten om grip te houden op kosten. Zorgaanbieders mogen jaarlijks de prijzen indexeren. In de contracten is niet duidelijk vastgelegd hoe deze indexatie plaatsvindt. Hierdoor is het een jaarlijkse onderhandeling tussen zorgaanbieders en SDA. Dit zorgt naast spanningen over en weer ook voor onvoorspelbaarheid in de kosten op langere termijn.
- Onvoldoende prikkels om zorg snel af te ronden en herijking plekprijzen zorgen voor toenemende zorgkosten. In plaats van afnemende zorgkosten en het behalen van een besparingsdoelstelling over meerdere jaren, lopen de zorgkosten op door onvoldoende prikkels om zorg snel af te ronden en de herijking van de plekprijzen die afgelopen juli is doorgevoerd.

5.5 Inhoudelijke transformatie en kwaliteitsverbetering

De twee laatste resultaatgebieden zijn inhoudelijk van aard. Vanuit de visie van de SDA volgt dat de lumpsumbekostiging meer ruimte overlaat om het gesprek op inhoud te voeren, de verbinding tussen zorgaanbieders te zoeken en meer aandacht te schenken aan preventie en innovatie.

Weinig tot geen aandacht geweest voor innovatie

Op het moment van schrijven is op dit gebied nog weinig tot geen resultaat geboekt door de gemeenten en de zorgaanbieders, maar zijn er door de nieuwe werkwijze wel een aantal positieve ontwikkelen opgemerkt bij zorgaanbieders. Zoals in het rapport tot nu toe te lezen valt is er in het afgelopen jaar veel discussie gevoerd over financiën en waren er diverse zorgaanbieders die niet uit konden met de tarieven die ze hebben aangeboden. Door de financiële perikelen en zorgen om de financiële stabiliteit geven aanbieders aan dat op innovatie, preventie en samenwerking het eerst wordt bezuinigd: "*Misschien vindt dat met de grote zorgaanbieders wel plaats, maar bij mij*

komt dat niet voor, [die overleggen]. Zou het heel graag willen, heb er ideeën over. Maar dat moet je uit je eigen goodwill doen en eigen tijd. Daar krijg je niet voor betaald, dus hoe zou ik dat moeten doen? Ik zou het wel willen."

Aandacht vanuit zorgaanbieders voor innovatie is er dan ook niet tot nauwelijks geweest. Samenwerking komt iets meer van de grond, maar gaat niet zonder slag of stoot. Een zorgaanbieder geeft aan: *"Dat samenwerken had ik wel hoop op maar doordat alle gemeenten het ook weer anders doen, een andere naam geven aan de toegangsmedewerkers, andere experimenten doen, andere overlegvormen creëren, gaat het gewoon niet zo snel."*

Tegelijk is men in de uitvoering zoekende (of lang zoekende geweest) naar hoe de nieuwe werkwijze in de praktijk uitgevoerd moet worden. Daarbij zijn er niet alleen maar knelpunten naar voren gekomen. Doordat er niet meer standaard onderhandeld hoeft te worden over extra uren ondersteuning, is het voor zorgaanbieders bij sommige cliënten eenvoudiger geworden om de benodigde ondersteuning aan te passen naar wat zij denken dat het beste is voor de cliënt. Dat de zorgaanbieder meer voor het 'hoe' verantwoordelijk is, levert zorgaanbieders ook slagkracht op in een grijs gebied (waarbij in de vorige werkwijze vooral onderhandeld zou moeten worden over het aantal uren).

Zorgaanbieders nog niet ingericht op contact zoeken met voorliggend veld

Zorgaanbieders zeggen dat het contact met het voorliggend veld en preventie ook lastig gaat. Zij staan er vaak ook redelijk ver vanaf. "*Als zorgaanbieder heb ik geprobeerd een voorliggend veld te creëren, maar de molens malen traag. Wel contact in het dorp, maar wij zien maar heel zelden dat dit werkt. Kan ook buiten ons blikveld plaatsvinden, geen idee of consulenten meer naar voorliggend wel sturen. Onze doelgroep heeft ook een progressief ziektebeeld, dus kunnen niet echt afgeschaald worden naar voorliggend*".

De connectie met het voorliggende veld lijkt ook sterker afhankelijk van de lokale kennis die een consulent of lokale zorgaanbieder heeft, waar vervolgens aansluiting bij gevonden kan worden. Hier zijn zorgaanbieders, met name grotere die regionaal of landelijk opereren, nog niet op ingericht. Zij weten niet wat er in ieder dorp en buurtschap voorhanden is aan preventieve of voorliggende activiteiten. Een (grotere) zorgaanbieder voor complexere hulpvragen zegt: *"Vanuit de transformatiegedachte snap ik het wel. Maar we weten het niet. Ik niet en mijn medewerkers niet. Je moet wel weten wat er voorliggend is, bijv. qua buurthuizen of sportclubs. Ik kan niet met 20 ambulante medewerkers in zulke enorme gemeenten uit gaan zoeken wat wanneer waar georganiseerd wordt. Allemaal prachtige initiatieven. Het zijn er heel erg veel. Maar hoe komt het dan bij de medewerkers terecht? Dat vind ik heel moeilijk. Er ontbreekt een soort tussenstap."*

Voor consulenten is deze werkwijze niet veel anders dan voorheen, zij hadden ook in de oude werkwijze al de opdracht om waar mogelijk af te schalen naar het voorliggend veld. Een knelpunt dat consulenten zien is dat, omdat er veel lokale zorgaanbieders niet meer zijn gecontracteerd, dat het contact met deze partijen en het voorliggend veld een knauw heeft gekregen. Lokale partijen zijn volgens hen van oudsher meer gericht op het inzetten van de lokale voorzieningen.

Geen inzicht in mogelijke kwaliteitsverbetering

Door resultaatgericht indiceren zou een kwaliteitsverbetering tot stand moeten komen. De ervaringen met resultaatgericht indiceren zijn vanuit het perspectief van de consulenten positief.

Er wordt niet meer gevraagd om extra indicaties. Wel is de vraag of er anders gewerkt wordt door zorgaanbieders. Bij een deel van de aanbieders zien gemeentelijke medewerkers daar nog weinig van. Zorgaanbieders zelf geven aan dat zij niets hebben aangepast omdat zij altijd al zo werkten of dat structuren niet worden aangepast omdat ze ook in andere regio's of landelijke werken.

Over het effect van langere contracten op de kwaliteitsverbetering kan vanwege de korte looptijd tot nu toe nog niets gezegd worden. In de documenten is niet beschreven waarop verbeterd moeten worden. Er zijn (nog) geen kpi's opgesteld waaraan de kwaliteitsverbetering kan worden vastgesteld. Ook vindt er (nog) geen monitoring plaats en vinden in slechts één gemeente de evaluatiegesprekken plaats via het gestructureerde formulier. Hierdoor is er geen informatie beschikbaar waardoor uitspraken over kwaliteitsverbetering kunnen worden gedaan.

Er zijn wel signalen dat de kwaliteit van zorg in sommige gevallen onder druk staat omdat maatwerk en inzet van specialistische zorg moeilijk lijkt door de wens van één indicatie per cliënt. Daarnaast wordt het plaatsen van complexe cliënten als moeizaam ervaren door consulenten. En tenslotte zijn er aanbieder die aangeven dat zij niet altijd de zorg kunnen geven die nodig is omdat het in hun ogen financieel niet uit kan.

5.6 Belangrijkste bevindingen

Op het moment van schrijven is het resultaat dat bereikt is met de nieuwe werkwijze beperkt. Uit dit hoofdstuk blijkt dat er nog voldoende verbeterpunten zijn ten aanzien van de nieuwe werkwijze. Zo is er nog niet altijd sprake van een dekkend zorglandschap, is er sprake van lange(re) reistijden voor cliënten omdat bepaalde zorgaanbieders niet zijn gecontracteerd of omdat parallelle indicaties niet gewenst zijn en zijn er financiële prikkels voor overproductie van zorg. De oplopende zorgkosten zorgen er niet alleen voor dat kwaliteitsverbetering en innovatie onvoldoende van de grond komt, maar in vorige hoofdstukken is ook al gezien dat deze zorgen voor onvrede. Met name op bestuurlijk en management niveau, wat wantrouwen tussen gemeenten en zorgaanbieders in de hand werkt.

Wel is er vanuit beide 'kampen' een bereidheid om de discussie op de inhoud te gaan voeren, in plaats van enkel een financiële discussie. Het volgende hoofdstuk gaat hier nader op in en geeft een samenvatting van de doelbereiking tot nu toe, enkele succesfactoren en (oplossingen voor) de belangrijkste knelpunten.

6 Conclusies en oplossen van knelpunten

In de vorige hoofdstukken zijn de ervaringen van gemeentelijke medewerkers, consulenten en zorgaanbieders met de nieuwe werkwijze van de SDA weergegeven. In dit hoofdstuk volgen de conclusies en belangrijkste oplossingsrichtingen uit de bevindingen. Tot slot is er aandacht voor de governance van de SDA. Hoewel dit geen onderdeel is van de evaluatie, kan aandacht hiervoor wel bijdragen aan het sneller vinden van oplossingen voor knelpunten.

6.1 Conclusies

In deze paragraaf gaan we in op de beantwoording van de vraag of de resultaten van de werkwijze sinds 1 juli 2022 (inhoudelijk, financieel) voor Wmo en Jeugdhulp in de acht Achterhoekse gemeenten voldoende aanknopingspunten biedt om de contracten na 1 juli 2025 te verlengen. De behaalde resultaten van de nieuwe werkwijze zijn op moment van schrijven nog zeer beperkt. Er is wel draagvlak voor de nieuwe werkwijze, mits een aantal knelpunten wordt opgelost. Deze knelpunten worden besproken in paragraaf 6.3. Een groot deel van de ervaren knelpunten is contractueel van aard. Of de oplossing daarvoor juridisch haalbaar is binnen de huidige contracten, is in een ander onderzoek onderzocht. De aanbeveling uit dit onderzoek ten aanzien van het verlengen van de contract is dat de genoemde knelpunten eerst moeten worden opgelost voordat overgegaan kan worden op verlenging van de contracten.

Visie

De visie wordt gedragen en er wordt door alle partijen ingezien dat er iets moet veranderen om de alsmaar oplopende kosten in het sociaal domein te beperken. Een belangrijk element uit de visie is het resultaatgericht indiceren. De vraag is of dit juridisch houdbaar is. Dit is een van de punten die wordt meegenomen in het andere lopende onderzoek. Een punt van aandacht is de uitwerking van de visie naar de praktijk. Hierin is er sprake van interpretatieverschillen tussen de verschillende stakeholders over hoe de visie uiteindelijk bereikt moet worden.

Sturing en monitoring

Vanuit de gemeente vindt nauwelijks sturing en monitoring plaats. Er wordt geen monitoringsinformatie bijgehouden waarop gestuurd kan worden en ook voor zorgaanbieders is niet duidelijk op basis van welke kpi's wordt bepaald of de gewenste doelen worden bereikt. Er is wel een bouwgroep voor monitoringsinformatie waar de gesprokenen positief over zijn, maar hier zijn nog geen resultaten van opgeleverd op basis waarvan gestuurd kan worden. Er vinden wel (contract)gesprekken plaats tussen CLM en zorgaanbieders waar de voortgang besproken wordt. Dit contact wordt gewaardeerd, maar CLM heeft niet altijd het mandaat om geconstateerde knelpunten op te lossen.

Samenwerking

De samenwerking op uitvoerend niveau wordt als goed ervaren. Er zijn prettige contacten en wordt constructief samengewerkt aan oplossingen voor cliënten. Op management en bestuurlijk niveau staat de samenwerking onder druk vanwege onderhandelingen over financiën en een gebrek aan vertrouwen aan beide kanten. Hoewel in deze evaluatie het inkoopproces niet is meegenomen zijn er signalen dat dit wantrouwen mede is voortgekomen uit het complexe aanbestedingsproces. Zorgaanbieders hebben daardoor fouten gemaakt, waar ze financiële

gevolgen van ondervinden en ook de communicatie vanuit de gemeente in dit proces heeft niet bijgedragen aan het vertrouwen over en weer.

Doelen
Er zijn een aantal doelen geformuleerd die behaald moeten worden met de nieuwe werkwijze. Hier gaan we hieronder op in.

1. *Dekkend zorglandschap*

Op papier is er een dekkend zorglandschap maar in de praktijk niet. Met name in Oost-Achterhoek wordt ervaren dat door lange reistijden of niet de zorg kunnen ontvangen van de partij waarvan je dit graag wilt een dekkend zorglandschap ontbreekt. Daarnaast wordt aangegeven dat er ook specifieke zorg ontbreekt, het gaat dan om: verslavingszorg, zorg voor mensen met een andere culturele achtergrond en dementiezorg. Dekkend zorglandschap gaat echter ook om voldoende zorgcapaciteit. Er lijkt met name bij wonen dat, door de beperkte doorstroom en de wijze waarop plekken zijn opgegeven in de aanbesteding, er (te) weinig plekken zijn. Waardoor het voor consulenten moeilijk is cliënten te plaatsen.

2. *Clientperspectief*

Vanwege de beperkte doorlooptijd van het onderzoek kunnen we de vraag over het cliëntperspectief alleen beantwoorden vanuit het perspectief van consulenten en zorgaanbieders. Het doel bij cliëntperspectief is dat de vraag van de cliënt meer centraal staat en de cliënt meer betrokken wordt bij het bepalen hoe ondersteuning er uit komt te zien.

Er zijn verschillende ervaringen. Dit is vooral afhankelijk van het ‘type’ cliënt, geven met name consulenten aan. Mensen die al een indicatie hadden en waarbij er geen verandering is in zorg die geboden wordt hebben waarschijnlijk weinig gemerkt. Mensen met een complexe zorgvraag die het afgelopen jaar een aanvraag hebben gedaan hebben mogelijk gemerkt dat zij lang moeten wachten op de juiste plek. Ook hebben zij niet altijd de juiste zorg kunnen krijgen omdat er maar één indicatie per cliënt mogelijk is (bijvoorbeeld wanneer specifieke combinaties van zorg nodig zijn). Ook cliënten waarbij zorg is afgeschaald omdat de zorgaanbieder anders financieel niet uitkwam hebben gemerkt dat zij minder zorg krijgen.

Tenslotte zijn cliënten altijd aanwezig bij het gesprek welke ondersteuning nodig is. Er is een groep cliënten die precies weet wat ze wil maar dit is niet altijd mogelijk, bv. omdat er geen contracten met die zorgaanbieder zijn of er geen plek is. En er is een groep cliënten die beperkt in staat is om te bepalen wat ze willen of overzicht heeft over wat nodig is. Zij varen op het advies van de consulent. Dit laatste is niet verandert met de nieuwe werkwijze.

3. *Inhoudelijke transformatie*

Er is in de inhoudelijke transformatie geen gemeenschappelijk beeld wat met preventie en samenwerking met het voorliggend veld wordt bedoeld. Deze begrippen zijn voor meerdere uitleggen vatbaar. Dit brengt met zich mee dat de ene partij kan denken dat hij hier mee bezig is, terwijl de andere partij het gevoel heeft dat er niets gebeurd. Doordat de discussie de afgelopen periode over de financiën is gegaan, is er nauwelijks aandacht besteed aan de inhoud. Niet vanuit gemeenten en niet vanuit zorgaanbieders. De bal lag bij zorgaanbieders maar daar zit voor een deel ook weerstand, vanwege de geschiedenis van de afgelopen tijd. Ook lijkt een deel van de aanbieders niet te begrijpen wat van hen verwacht wordt.

Tot slot is een deel van de partijen die van nature meer met het voorliggend veld deed, vooral de kleine lokale partij, nu niet meer gecontracteerd en is het voor grote aanbieders die niet lokaal werken tijdsintensief om die verbinding te leggen. In de aanbesteding zijn hier echter wel plannen voor ingediend waar (nog) niet op is gestuurd.

4. *Kwaliteitsverbetering*

Met resultaatgericht indiceren, wat tot kwaliteitsverbetering, moet leiden zijn er op zich goede ervaringen vanuit zorgaanbieder en consulenten. Consulenten denken beter na over wat zorg op moet leveren. In het begin was het wel aftasten en nog is het soms zoeken waar het 'wat' stopt en het 'hoe' begint. Ook regievoering in complexe casussen, wanneer de gemeentelijke toegang niet over het 'hoe' gaat, vinden niet alle consulenten even makkelijk uit te voeren.

Het niet kunnen afgeven van parallelle indicaties zorgt voor 1) minder maatwerkmogelijkheden en 2) niet altijd kunnen inzetten van de juiste zorg, aldus consulenten. Zorgaanbieders ondervinden de nodige obstakels bij het uitvoeren van niet meer dan één indicatie per cliënt.

De werkwijze van veel aanbieders lijkt beperkt veranderd. Enerzijds omdat zij aangeven dat ze altijd al resultaatgericht werken en anderzijds omdat structuren niet worden aangepast op de regio waarin gewerkt wordt. Er zijn echter ook aanbieders die nieuwe samenwerkingen hebben opgezet en elkaar weten te vinden om de juiste zorg in te zetten.

5. *Minder aanbieders*

Er zijn minder aanbieders waar de gemeente contact mee heeft. Er vindt echter op dit moment niet meer sturing op kwaliteit en innovatie plaats, omdat sturingsinformatie ontbreekt en er veel tijd is gaan zitten in een financiële discussie en het oplossen van allerlei zaken uit de aanbesteding in de implementatie.

6. *Financiële doelen*

De herijking van de plekprijzen en mogelijk ook de prikkel om zorg langer door te laten lopen, zorgen op dit moment voor oplopende zorgkosten in plaats van afnemende zorgkosten. Daarnaast heeft de prijsindexactie geleid tot veel discussie waardoor het vertrouwen geschaad. Daarnaast zorgt de bekostigingssystematiek voor toegenomen administratieve lasten bij backoffice, financials en zorgaanbieders. Dit zijn kosten die ook weer een wissel trekken op de budgetten.

6.2 Succesfactoren

Er zijn een aantal positieve punten die de nieuwe werkwijze heeft opgeleverd. Dit zijn:

Minder discussie over extra (of uitbreiding van) indicaties

Een duidelijk positief punt wat uit de scheiding tussen 'wat' en 'hoe' naar voren komt is dat er minder tijd verloren gaat aan discussies over in te zetten zorg tussen de consulent en de zorgaanbieder. Zowel consulenten als zorgaanbieders geven aan dat zij minder discussies hebben over toekenning van extra uren, verlengen van beschikkingen, zware of lichte ondersteuning. Het doel dat zorgaanbieders meer over makkelijker ondersteuning kunnen inzetten op het moment dat dit nodig is, lijkt dus voorzichtig van de grond te komen. Kanttekening hierbij is wel dat dit alleen opgaat voor vormen van ondersteuning waarbij alle ondersteuning door de gecontracteerde zorgaanbieder geboden kan worden. Wanneer andere vormen van

ondersteuning ingezet moeten worden waarvoor de aanbieder niet is gecontracteerd, komen de knelpunten rond parallelle indicaties weer naar voren.

Meer uitstroom naar Wlz
Een andere positieve ontwikkeling is dat zorgaanbieders eerder kijken of cliënten met chronische of progressieve ziektebeelden niet beter kunnen uitstromen naar de Wlz. Dit zijn cliënten die vaak langere tijd constante zorg en aandacht nodig hebben. Omdat zorgaanbieders de vergoeding hoger, maar ook zeker de administratieve lasten bij de Wlz lager, inschatten zetten zorgaanbieders in op uitstroom naar de Wlz. Dit scheelt de gemeenten hoge kosten.

Consulenten denken beter na over wat zorg moet opleveren
Hoewel het niet gelijk duidelijk was voor consulenten wat van hen verwacht werd in de nieuwe werkwijze geven zij aan er nu voorzichtig wel een omslag is in denken ten opzichte van de vorige werkwijze. Ze denken beter na over wat de zorg moet opleveren. Een consulent licht toe: *"Er wordt meer nagedacht over resultaat en wat je vooraf inzet. Eerst was het meer: 'we beginnen gewoon en we kijken wel hoe het loopt'. Dat is dus een positief punt."*

Eerste aanzet tot onderlinge samenwerking van zorgaanbieders
Zorgaanbieders die zich verenigd hebben in coöperaties waarbij meerdere vormen van ondersteuning zijn verenigd, zetten voorzichtig stappen richting de samenwerking zoals deze in de visie voor ogen is tussen zorgaanbieders. Hoewel het voor de aanbieders in deze coöperaties intern soms nog zoeken is hoe de administratie geregeld moet worden, wordt de samenwerking wel meer opgezocht. Er zijn voorbeelden gegeven waar samenwerking (voorzichtig) wordt opgezocht en al tot resultaten leidt. Zorgaanbieders zelf geven ook aan dat het contact tussen hen onderling ook goed is, al is de aanleiding daarvoor in grote mate de onduidelijkheden die na de aanbestedingsfase bleven bestaan en gedurende het eerste lumpsumjaar liepen.

6.3 Knelpunten en oplossingen
In deze paragraaf gaan wij in op de knelpunten en de mogelijke oplossingen.

1. **Herijking plekprijzen**

Knelpunt: In de contracten is opgenomen dat er jaarlijks een herijking van de plekprijzen plaatsvindt. Deze indexatie laat echter veel ruimte voor de zorgaanbieder. Met als gevolg dat er vanuit de gemeente onderhandelingen moeten plaatsvinden over de nieuwe prijzen. Dit kost veel tijd en leidt ook tot discussies tussen gemeenten en zorgaanbieders, met in het achterhoofd dat in het afgelopen jaar het onderling vertrouwen is beschadigd.

Oplossing: Het verdient aanbeveling om vaste afspraken te maken met welk percentage plekprijzen geïndexeerd mogen worden, waarbij ook rekening wordt gehouden met de andere parameters (doorlooptijd en intensiteit). Indexen van prijzen kan bijvoorbeeld aan de hand van een indexcijfer van het CBS.

2. **Prikkel om zorg langer door te laten lopen**

Knelpunt: In de huidige bekostigingssystematiek zit een prikkel om een traject langer door te laten lopen dan noodzakelijk. Door het ontbreken van sturingsinformatie op dit vlak is het moeilijk om hierover in gesprek te gaan met zorgaanbieders en wordt mogelijk meer betaald voor zorg dan nodig.

Oplossing: De oplossing kan gezocht worden in het beschikbaar maken van sturingsinformatie. Door bijvoorbeeld doorlooptijden te monitoren en startberichten naast de datum van het intakegesprek van consulenten te leggen. Daarnaast zorgen gestructureerde evaluatiegesprekken met cliënten over het behalen van resultaten na het ontvangen van een stopbericht voor waardevolle informatie over het einde van het traject.

3. **Niet meer dan één indicatie per cliënt**

Knelpunt: Consulenten ervaren het niet kunnen afgeven van meer dan één indicatie per cliënt als een groot knelpunt. Het leidt tot minder maatwerkmogelijkheden voor cliënten. Zorgaanbieders ervaren praktische problemen in de uitvoering.

Oplossing: Het laten vervallen van niet meer dan één indicatie per cliënt. Eventueel kan het laten vervallen alleen voor een specifieke groep cliënten. Bijvoorbeeld jongeren met complexe problematiek. Om tot een afbakening te komen adviseren wij in overleg te gaan met consulenten en zorgaanbieders te consulteren over praktische problemen.

4. **Ontbreken van specifieke zorg(aanbieders)**

Knelpunt: Er ontbreken een aantal zorgaanbieders die specifieke zorg bieden en ook de nabijheid van zorgaanbieders wordt in een aantal delen van de Achterhoek gemist.

Oplossing: Het toevoegen van zorgaanbieders die deze specifieke zorg bieden aan het contract. Of het maken van een individuele overeenkomst met deze aanbieders.

5. **Een grote range aan zorgzwaarte in hetzelfde segment**

Knelpunt: De grote range aan zorgzwaarte in hetzelfde segment zorgt er voor bij zorgaanbieders dat het moeilijk is om een gemiddelde plekprijs te bepalen. Daarom kan het voorkomen dat aanbieders in voorkomende gevallen verlies gaan leiden en gaan snijden in de benodigde zorg. Dit leidt niet tot optimale zorg.

Dit lijkt niet meer te kunnen worden opgelost. De plekprijzen zijn al bepaald.

6. **Moeilijker sturen op cliënt niveau bij complexe cliënten**

Knelpunt: Consulenten ervaren dat zij onvoldoende inzicht hebben of de juiste zorg wordt geleverd bij complexe patiënten, met name wanneer er ook een veiligheidsrisico is. Daarbij zijn zij wel verantwoordelijk voor de veiligheid.

Oplossing: Het gaat om specifieke groep cliënten waarvoor dit geldt. In deze gevallen is verstandig aparte afspraken te maken met de zorgaanbieder, met daarbij ook de reden waarom.

7. **Gebrek aan eenduidige werkwijze**

Knelpunt: Er is op dit moment veel afstemming nodig, er zijn veel werkgroepen en er zijn extra administratieve lasten omdat niet iedere gemeente dezelfde werkwijze hanteert. En het niet hanteren van een eenduidige werkwijze zorgt in de uitvoering en bij zorgaanbieder voor onduidelijkheid. Daarbij moet worden opgemerkt dat men bestuurlijk hecht aan autonomie en het kunnen afstemmen op de lokale situatie.

Oplossing: Streef naar een zo eenduidig mogelijke werkwijze, ook waar er mogelijk concessies moeten worden gedaan aan een lokale invulling.

8. Gebrek aan onderling vertrouwen op bestuurlijk en management niveau

Knelpunt: Door het gebrek aan onderling vertrouwen komt de gewenste samenwerking niet van de grond en ook de gewenste transformatie niet. Zorgaanbieders laten weten dat zij van mening zijn dat medewerkers van gemeenten onvoldoende weten hoe de bedrijfsvoering van een zorgorganisatie werkt en dat een winstrisico noodzakelijk is om te kunnen blijven innoveren, samen te werken en het voorliggend veld te betrekken. Medewerkers van gemeenten geven aan dat zorgaanbieders vooral kijken naar de eigen organisatie, maar dat een besef dat er gezamenlijk naar een oplossing moet worden gezocht soms ontbreekt.

Oplossing: Werken aan het herstel van de verstandhouding tussen beide partijen is in de komende jaren noodzakelijk, omdat bij een deel van de zorgaanbieders expliciet is uitgesproken dat veel vertrouwen is geschonden dan wel verloren is gegaan. Hiervoor is wel bereidheid gevonden bij beide partijen, ook omdat verwacht wordt dat de nieuwe plekprijzen een gesprek over de inhoud beter mogelijk maken. Belangrijk voor zorgaanbieders is het besef bij gemeenten dat zij uiteindelijk ook verantwoordelijk blijven voor de zorg aan inwoners, door het 'afkopen' van deze verantwoordelijkheid en risico's mogen deze volgens zorgaanbieders niet enkel bij hen komen te liggen. Het herstel van vertrouwen zal investering kosten in tijd van zowel bestuurders als management van gemeenten als van zorgaanbieders. Open staan voor elkaars standpunten, luisteren naar elkaar en het begrip van elkaars situatie zijn nodig om verder te kunnen gaan.

6.4 Governance SDA

Hoewel de governancestructuur van de SDA officieel geen onderdeel is van deze evaluatie kwam er bij meerdere groepsgesprekken en interviews naar voren dat de wijze waarop de samenwerking tussen gemeenten binnen de SDA is geregeld niet altijd bijdraagt aan een snelle en besluitvaardige oplossing bij voorkomende problemen. De structuur van de SDA wekt de indruk van bureaucratie en stroperigheid. Problemen worden onvoldoende opgepakt, het duurt lang voordat vragen beantwoord worden, er wordt veel overlegd zonder resultaat en er kan op regioniveau bestuurlijk moeilijk een besluit worden genomen wanneer er een besluit moet worden genomen. Zowel zorgaanbieders, consulenten als gemeentelijke medewerkers hebben dit benoemd. Hieronder volgen enkele citaten met voorbeelden waar deze medewerkers tegenaan liepen:

- Uit het groepsgesprek: *"De trein reed en moest doorrijden. Kinderziektes werden wel benoemd, maar niet opgepakt en dat wreekt zich later. Er is geen mandaat over besluiten. Na maanden kom je er achter dat een probleem op allerlei plekken besproken is, maar zonder gevolg. Dan wordt het weer per gemeente lokaal ingevuld omdat het zo lang duurt."*
- Uit een groepsgesprek: *"Er is inkoop nodig bij SDA. Strategisch en tactisch. Niet omdat we al genoeg mensen hebben. Maar ook omdat je een plan moet hebben. We hollen van het ene traject naar de andere. Het ontbreekt aan visie over organisatie, mandaat, uitvoering."*
- Een zorgaanbieder: "*Slagkracht in de regio is te klein. De besluitvorming is heel weinig op inhoud gebaseerd. Als we meer naar de inhoud gaan kijken dan volgen de financiën wel. Dat is volgens mij de juiste redeneringswijze, de verkeerde is eerst financiën en dan inhoud. Er moet regie vanuit SDA komen om met z'n allen om als collectief naar de doelen gaan kijken. Strakkere implementatie, meer follow ups.*"

- Een consulent: "*Ik heb gezegd: vraag me niet meer voor een werkgroep. Het is roeptoeteren. Ik voelde me een roepende in een woestijn. Leverde alleen maar frustratie op. […] zij gaan toch hun eigen gang.*"
- Uit een groepsgesprek: "*De verbinding tussen de functies is problematisch. Er is geen centrale aansturing. Daar waar het meer gezamenlijk is georganiseerd, bijv. bij CLM, daar zijn ze dagelijks bezig met brandjes blussen.*"

Omdat de governance veelal informeel is opgezet, waarbij bij grote besluiten de colleges en raden van de individuele gemeenten betrokken worden in de besluitvorming is het logisch dat 1) besluitvorming langer op zich laat wachten en 2) dat het voorkomt dat gemeenten niet altijd op één lijn liggen in de regio. Deze evaluatie doet geen verdere uitspraken over de governancestructuur van de SDA en de samenwerking tussen gemeenten in de Achterhoek. Tegelijk kan een deel van de onvrede die leeft over het niet voldoende oppakken van knelpunten hier wel door verklaard worden.

Bijlagen

A Overzicht onderzoeksvragen en methoden

A.1 Deelvragen onderzoek

Perspectief gemeenten

- Is de visie vanuit de regio actueel?
- Hoe sturen de gemeenten en Sociaal Domein Achterhoek op de doelen, taken en activiteiten van zorgaanbieders?
- Hoe ervaren de acht Achterhoekse gemeenten de huidige wijze van samenwerken met, en sturing op, zorgaanbieders?
- Hoe wordt de transformatie vormgegeven en tot welke resultaten leidt dit? Welke kansen en belemmeringen liggen hier nog?
- In hoeverre worden de gestelde doelen tot nu toe behaald? Wat is de verwachting ten aanzien van te bereiken inhoudelijke én financiële doelen tot 1 juli 2025?

Perspectief zorgaanbieders

- Hoe werkt de constructie met hoofd- en onderaannemers door in de praktijk?
- Hoe ver zijn zorgaanbieders met de implementatie van de nieuwe werkwijze?
- Zijn hoofdaannemers in staat om samen met onderaannemers een goede kwaliteit van zorg te bieden en meer te innoveren?
- Hoe ervaren zorgaanbieders de samenwerking met de Achterhoekse gemeenten?
- Hoe geven zij de transformatie vorm en welke kansen en belemmeringen zien zorgaanbieders?
- Welke verbeteringen zijn mogelijk in de taakuitvoering door zorgaanbieders en het realiseren van effecten van activiteiten?

Perspectief gemeentelijke toegang / inwoners

- Wordt met de gekozen uitgangspunten voldoende rekening gehouden met de wensen en behoeften van de Achterhoekse inwoners met een ondersteuningsvraag?
- Lukt het om plannen van aanpak op te stellen die aansluiten bij de behoeften van inwoners?
- Is er sprake van een dekkend, overzichtelijk en helder zorg- en ondersteuningsaanbod?
- In hoeverre maken inwoners gebruik van integrale ondersteuning? Is hier voldoende aanbod voor?

Verwachting over te behalen resultaten

- Welke resultaten zijn te koppelen aan de wijze van inkopen, contracteren en bekostigen?
- Welke externe factoren en recente ontwikkelingen hebben invloed op het leveren van zorg en ondersteuning en hoe beïnvloeden deze de kosten en beoogde effecten?
- Wat zijn de belangrijkste succes- en faalfactoren van de nieuwe werkwijze?
- Welke knelpunten kunnen op korte termijn (< 1 jaar) worden opgelost? Welke op de middellange termijn (1 – 3 jaar)? En op de lange termijn (> 3 jaar)? Wat is daarvoor nodig?

A.2 Interviews en groepsgesprekken

Nummer	Groepsgesprekken gemeentelijke medewerkers	Datum
1	CLM	07-09-2023
2	MOSD	07-09-2023
3	Financials	14-09-2023
4	Beleidsmedewerkers Wmo	14-09-2023
5	Backoffice	19-09-2023
6	PoHo	21-09-2023
7	Beleidsmedewerkers Jeugd	26-09-2023
8	Inkoop	05-10-2023

Nummer	Interviews zorgaanbieders	Datum
1	SA-Net	13-9-2023
2	Zorg-erf D'n Aoverstep	15-9-2023
3	I-NOVA Zorg	18-9-2023
4	Zozijn	20-09-2023
5	Stichting Kind aan Huis (Dushi Huis)	21—09-2023
6	Zelf-ver-standig	22-09-2023
7	Karakter	27-09-2023
8	Passie voor Jeugd en Gezin (PJG)	27-09-2023
9	Boer en Zorg	28-09-2023
10	HV Reïntegratie & Zorg	29-09-2023
11	Azora	02-10-2023
12	's Heerenloo	04-10-2023
13	Zorgsaam8RHK	04-10-2023

Nummer	Deelnemers online vragenlijst
1	Autimaat
2	Azora
3	Bij Ben dagbesteding & zorgondersteuning
4	Curess
5	Dagverzorging Mena
6	Driestroom
7	Entrea Lindenhout
8	Estinea
9	OpWeg Coaching BV
10	Philadelphia Zorg
11	Praktijk Denktank B.V.
12	Praktijk Zij aan Zij
13	Scheiden en Mediation B.V.
14	Sensire
15	St. Jeugdggz
16	Stichting Mini Manna
17	Stichting Pluryn
18	Stichting Siza

19	Stichting Urtica
20	William Schrikker Gezinsvormen
21	Woonzorgnet

Nummer	Duo-interviews consulenten toegang	Datum
1	Consulenten gemeente Winterswijk	25-09-2023
2	Consulenten Voormekaar gemeente Berkelland	26-09-2023
3	Consulenten Buurtplein gemeente Doetinchem	28-09-2023
4	Consulenten gemeente Oost Gelre	05-10-2023
5	Consulenten gemeente Montferland	10-10-2023
6	Consulenten gemeente Bronckhorst	11-10-2023
7	Consulenten gemeente Aalten	12-10-2023

A.3 Geraadpleegde documenten

- Beleidskaders volksgezondheid 2017-2020 Regiogemeenten Achterhoek "Positieve gezondheid en preventie", SDA, GGD Noord- en Oost Gelderland.
- Beleidsregel handhaving en naleving kwaliteit Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en Jeugdwet.
- Bevindingen Quick Scan Totstandkoming plekprijzen en lumpsum budgetten Wmo-Jeugd Achterhoek 2023 (23 augustus 2023), PPRC.
- Collegevoorstel voornemen aanbesteding Dyslexiezorg 2021 (24 november 2021), SDA.
- Golfbewegingen en voortdurende dynamiek (december 2020), PPRC.
- Informatieplaat 1 t/m 4 (5-11-2020), SDA.
- Kwaliteitskader Sociaal Domein Achterhoek Jeugdwet- Wmo 2015 (23 maart 2021), SDA.
- Lijst met hoofd- en onderaannemers per 1 juli 2022 (5 juni 2023), SDA.
- Minder aanbieder verlaagt zorgkosten Jeugdzorg niet (april 2023), PPRC en Universiteit Twente.
- Notitie uitgangspunten regionale inkoop Jeugdhulp, Wmo begeleiding en Beschermd Wonen 1 januari 2022 (24 november 2020), SDA.
- Notitie vervolguitwerking regionale inkoop Jeugdhulp, Wmo en Beschermd Wonen per 1 januari 2022 (9 februari 2021), SDA.
- Notitie 'laatste uitwerking regionale inkoop Jeugdhulp, Wmo en Beschermd Wonen per 1 januari 2022 (26 maart 2021), SDA.
- Selectieleidraad Gezins- en Woonvormen (GWV) 2022 (1 april 2021), SDA.
- Selectieleidraad Wmo Integrale Ondersteuning 2022 (1 april 2021), SDA.
- Selectieleidraad Integrale Ambulante Jeugdhulp 2022 (1 april 2021), SDA.
- Selectieleidraad Wmo Wonen 2022 (1 april 2021), SDA.
- Transformatieplan Jeugdzorgregio Achterhoek 2018 - 2022 (25 september 2018), SDA.
- Vertrouwelijke notitie financiële berekening en governance regionale inkoop 2022 (2 maart 2021), SDA.
- Visie op het sociaal domein en op de samenwerking binnen de Achterhoek, "Samenwerken om elkaar te versterken" (24 augustus 2017), SDA.
- Visie inkoop sociaal domein vanaf 2021 (5 juni 2018), SDA.

Contactgegevens

I&O Research Enschede
Zuiderval 70
Postbus 563
7500 AN Enschede
053 - 200 52 00
KVK-nummer 08198802
info@ioresearch.nl
www.ioresearch.nl

I&O Research Amsterdam
Piet Heinkade 55
1019 GM Amsterdam
020 – 308 48 00
info@ioresearch.nl
www.ioresearch.nl

i&o research