

## OPLEGNOTITIE

<b>Ter behandeling in</b>	Portefeuillehoudersoverleg Sociaal Domein
<b>Datum</b>	29 september 2016
<b>Onderwerp</b>	Inkoopstrategie Jeugd 2018
<b>Bijlage voor</b>	Agendapunt 6b

<b>Contactpersoon agendapunt</b>	Peter de Goede
<b>Werkzaam bij</b>	SDF
<b>Telefoon</b>	058 2338388
<b>Email</b>	peter.degoede@sdfryslan.nl

<b>Bijlage(n)</b>
<b>Startnotitie Inkoop Jeugd 2018</b>

<b>Achtergrond / Inleiding</b>
<p>Bijgaande startnotitie beschrijft overwegingen voor en hoofdlijnen van een nieuw model van bekostiging en contractering in de jeugdhulp in de regio Friesland. Voor de duidelijkheid beschrijven we hieronder puntsgewijs de essentiële uitgangspunten waarop dit model is gebaseerd en waar deelnemende partijen overeenstemming over dienen te hebben. Deze punten komen soms impliciet en soms expliciet op verschillende plaatsen in het startdocument terug en worden hieronder in een puntsgewijs overzicht ter besluitvorming gepresenteerd.</p> <p>Bestuurlijk vast te stellen uitgangspunten regionale inkoop jeugdhulp 2018</p> <p><b>I. Uitgangspunten die al eerder zijn vastgelegd in RTA, Omvormingsplan, Kompas en marktvisie.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Friese gemeenten voelen zich <u>gezamenlijk verantwoordelijk voor instandhouding van de regionale zorginfrastructuur</u>. Daarbij ligt de focus op:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. instandhouding van een kwalitatief hoogwaardig aanbod van gespecialiseerde crisis voorzieningen (ambulante en/of verblijfs- voorzieningen). Dit gaat om een beperkt aantal aanbieders gebaseerd op een taakbekostiging en;</li> <li>b. het beschikbaar hebben van een breed palet aan aanbieders in de lichtere en middelzware maatwerkvoorzieningen (via resultaatbekostiging).</li> </ol> </li> <li>2. Binnen die gezamenlijke verantwoordelijkheid doen gemeenten zo veel mogelijk <u>lokaal wat mogelijk is en regionaal wat nodig is</u>; dit betekent concreet:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. in elk geval lokaal:           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ de organisatie van de <u>toegang</u> tot gecontracteerde jeugdhulp via wijk- en gebiedsteams;</li> <li>➤ de <u>budgettaire verantwoordelijkheid</u> van de afgenomen jeugdhulp (= geen regionale budgetverevening);</li> </ul> </li> <li>b. in elk geval regionaal:           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>inkoop en contractering</u> van jeugdhulp op regionale en bovenregionale schaal, waarbij het regionaal in te kopen pakket in beginsel dekkend is voor het gehele jeugdhulpdomein, met ruimte voor lokale aanvullingen of uitzonderingen.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>3. Jeugdhulp is <u>zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig</u> en vindt bij voorkeur ambulant plaats in de <u>thuisituatie</u>;</li> </ol>

4. Verantwoordelijkheid voor zorg ligt primair bij ouders/verzorgers, die daarvoor gebruik kunnen maken van algemene en specifieke preventieve voorzieningen; jeugdhulp is aanvullend;
  5. Bij jeugdhulpverlening staat altijd het resultaat voor de cliënt centraal;
  6. Gemeenten gaan in hun coördinerende en opdrachtgevende rol in het jeugdhulpveld uit van vertrouwen in kwaliteit en expertise van betrokken professionals;
  7. Gemeenten willen samen met zorgverleners streven naar integrale hulp, zorgvernieuwing, innovatie en reductie van specialistische zorg;
  8. Gemeenten streven naar beperking administratieve lastendruk;
- II. Aanvullende uitgangspunten bij inkoop/contractering 2018:**
9. Gemeenten schakelen over van inspanningsbekostiging (de 'hoe'-vraag) naar bekostiging op resultaat (de 'wat'-vraag). In twee varianten:
    - a. taakbekostiging voor ambulante trajecten en verblijfstrajecten in de crisiszorg
    - b. resultaatbekostiging in een arrangementenstructuur in de overige specialistische zorg  
Voor pleegzorg en dyslexie moet nog worden uitgewerkt wat de best passende bekostiging is;
  10. De regionale inkoop/contractering is op de volgende wijze dekkend voor het hele jeugdhulpdomein tussen enerzijds voorliggende en preventieve voorzieningen en anderzijds bovenregionale en landelijke inkoop:
    - a. De relaties met de gecertificeerde instellingen (regionaal dan wel landelijk werkend) wordt vormgegeven in één subsidiërelatie per instelling tussen de gezamenlijke Friese gemeenten en de betreffende instellingen;
    - b. De relaties met instellingen die crisiszorg bieden wordt vormgegeven in één contractrelatie per instelling/combinatie van instellingen tussen de gezamenlijke Friese gemeenten en de betreffende instellingen, op basis van taakbekostiging;
    - c. De relaties met instellingen die overige jeugdhulp bieden wordt vormgegeven in één contractrelatie per instelling tussen de gezamenlijke Friese gemeenten en de betreffende instellingen op basis van resultaatbekostiging per arrangement.
    - d. Voor de relaties met instellingen die pleegzorg bieden wordt nader onderzocht wat de best passende contract en bekostigingsoplossing is;
  11. Voorstel Verdelingsystematiek
    - a. Voor de categorieën 10 a en 10 b wordt een regionaal budget vastgesteld voorafgaand aan het begrotingsjaar. Voor categorie a wordt voorgesteld de verdeelsystematiek uit het verleden te handhaven.  
Voor categorie 10 b wordt een nieuwe kostenverdeelsystematiek uitgewerkt die zo veel mogelijk recht doet aan het daadwerkelijk zorggebruik per afzonderlijke gemeente in het betreffende jaar.
    - b. Voor de categorie c (overige jeugdhulp, in resultaatbekostiging) wordt geen regionaal budget vastgesteld en worden geen budgetafspraken gemaakt met aanbieders. Gemeenten sturen desgewenst zelf op budgetomvang (per aanbieder, per arrangement/profiel, dan wel per aanbieder) via de eigen toegang;
  12. Budget voor jeugdhulp is een lokale verantwoordelijkheid. Om deze reden wordt budgetbeheer op gemeentelijk niveau gevoerd (inclusief monitoring, berichtenverkeer en facturatie) voor gemeenten die dat willen;
  13. Voor de contractering van de overige jeugdhulp (categorie c onder punt 10) wordt in aanbestedingsrechtelijke zin gekozen voor een dynamisch openbaar inkoopmodel, met gelijke voorwaarden voor alle gecontracteerde partijen. Dit houdt in dat na afronding van het aanbestedingstraject nieuwe partijen kunnen toetreden tegen de voorwaarden van de regionale contracten. Op deze wijze is toevoeging van nieuwe contractpartijen ten behoeve van één of enkele gemeenten altijd mogelijk. Nieuwe contractvorming tegen andere dan reeds vastgestelde regionale contractvoorwaarden is om aanbestedingsrechtelijke redenen alleen mogelijk indien het aantoonbaar gaat om nieuwe producten/ arrangementvormen;

14. De wens van gemeenten is om lokaal de zorg en ondersteuning anders te organiseren. Dit vergt een flexibel inkoop en bekostigingsmodel. SDF bereidt een aparte notitie voor om inzicht te geven in de kansen en risico's van lokale inkoop versus regionale inkoop zoals hier beschreven;
15. Gemeenten zijn zich bewust van de problematiek rondom een soepele overgang van 18- naar 18+. In de inkoop 2018 wordt rekening gehouden met een soepele overgang tussen 18- en 18+. Dit dient herkenbaar mee te worden genomen in de ondersteuningsprofielen;
16. De introductie van het arrangementensysteem vraagt een nieuwe werkwijze van de gemeentelijke gebiedsteams. De benodigde expertise van gebiedsteams valt uiteen in:
- a. het geven van lichtere, kortdurende vormen van zorginhoudelijke begeleiding;
  - b. triage-/beoordelingsvaardigheden ter (mede)bepaling van de het in te zetten arrangement.
- Het arrangementenmodel gaat uit van een zekere basis aan vaardigheden op deze beide punten; het niveau van deze basisvaardigheden zal nog nader in regionaal verband worden vastgesteld en tijdig worden gecommuniceerd. Boven deze basisvaardigheden is lokale variatie mogelijk in het expertiseniveau van gebiedsteams, hetgeen kan leiden tot:
- ad. a: meer of minder "afvangen" van lichtere zorgvragen vóórdat gecontracteerde maatwerkvoorzieningen hoeven te worden ingezet, en;
  - ad. b: meer of minder gebruik maken van het speciaal hiervoor in te richten maatwerkarrangement "diagnostiek";
17. Gemeenten gaan in dit voorstel uit van een gelijke vorm van gegevensuitwisseling en verantwoording op basis van het nieuwe voorgestelde model;
18. Gemeenten streven naar de ontwikkeling van meerjarige contracten.

**Indien een uitspraak gewenst wordt van het pho, dan onderstaand tekstblok invullen**

**Het portefeuillehoudersoverleg Sociaal Domein spreekt uit om:**

**Overeen te stemmen over de bovengenoemde uitgangspunten voor de regionale inkoop jeugdhulp 2018.**



# Inkoopstrategie Regionale Jeugdhulp 2018 en verder

*Auteurs:* SDF  
*Datum:* 23-9-2016  
*Versie:* so 02

CONCEPT

**Inhoudsopgave:**

Inleiding .....	2
1. Uitgangspunten, doelstellingen en zorginhoudelijke sturingsfilosofie van de jeugdhulp in Friesland .....	4
1.1. Schematisering van het veld .....	4
1.2. Zorginhoudelijke sturingsfilosofie .....	5
2. Verschillende modellen van sturing en bekostiging .....	7
2.1. Modeloverzicht .....	7
2.2. Keuze voor Friesland .....	8
3. Uitwerking voor Friesland .....	9
3.1. Het eerste zorgkwadrant: ondersteuningsvragen .....	9
3.2. Het tweede zorgkwadrant: jeugdhulp bij "spanning" .....	9
3.3. Het derde ondersteuningskwadrant: jeugdhulp bij "nood" .....	9
3.4. Het vierde ondersteuningskwadrant: crisiszorg .....	12
4: Uitvoering en implementatie .....	13
Thema 1: de verwijzing naar zorg .....	13
Thema 2 de lokale inkoop door gemeenten .....	14
Thema 3 Competitie op kwaliteit .....	14
Thema 4 Administratieve processen .....	15
Thema 5. De gemeentelijke samenwerking en de individuele verantwoordelijkheid van de gemeenten .....	16

CONCEPT

## Inleiding

In 2014 hebben de Friese gemeenten het Regionaal Transitie Arrangement (RTA) als vertrekpunt vastgesteld voor de eerste gemeentelijke aanbestedingsronde van jeugdhulp na de transitie in het zorgstelsel per 1-1-2015. De aanbesteding-2016 (waarvan de contracten inmiddels grotendeels verlengd zijn naar 2017) was naar vorm en inhoud gebaseerd op hetzelfde stramien. Uit oogpunt van continuïteit in de zorgverlening is in deze startjaren van transitie nog grotendeels aangesloten bij de zorgproducten van vóór die tijd. Naast het intact houden van de productenstructuur is ook het systeem van bevoorschotting in essentie gehandhaafd voor zorgverleners die dat onder de oude financiering (via provincie en zorgverzekeraars) gewend waren. Door deze pragmatische keuzes is de doelstelling bereikt van continuïteit in de zorgverlening, zowel voor de individuele cliënt als voor de betrokken marktpartijen.

Keerzijde van deze werkwijze is dat sinds de decentralisatie per 1 januari 2015 nog nauwelijks iets is veranderd aan de historische indeling in zorgvormen en producten en nog te weinig is gedaan aan substantiële vernieuwing in de zorg. Anders gezegd: de transitie is geslaagd, maar de transformatie moet nog goed van start komen. Hoewel alle partijen de oprechte intentie hebben tot zorginhoudelijke samenwerking en innovatie, staan de schotten tussen de diverse sectoren (GGZ, LVB, JOH) in de productenstructuur, de zorgtoewijzing en de bekostigingswijze nog grotendeels overeind en aan daadwerkelijke samenwerking en innovatie nog te veel in de weg. De ambitie voor de inkoop- en contracteringsronde van 2018 en verder moet zijn om de doeleinden van transformatie en zorgvernieuwing in de nieuwe contractverhoudingen beter te faciliteren en tot hun recht te laten komen.

Daarbij staat de inkoopstrategie 2018 niet op zichzelf maar bouwt voort op de transformatievisie en de uitgangspunten zoals die door de gezamenlijke gemeenten in het de verschillende notities en documenten zijn beschreven en door de afzonderlijke gemeenten zijn vastgesteld. Naast het al eerder genoemde Regionale Transitie Arrangement zijn dat de volgende regionaal vastgestelde documenten:

- de notitie "Zorg voor jeugd Fryslân – Op kompas invoegen en aansluiten (KOMPAS, 2013),
- Omvormingsplan (2014),
- Herijking Omvormingsplan (2015).

Daarnaast bouwen we qua marktvisie verder op de inkoopstrategie 2015 en 2016 maar nu gericht op de transformatie.

In dit startdocument hebben SDF samen met ambtenaren de laatste maanden intensief overlegd over een nieuwe sturings- en bekostigingssystematiek. In deze notitie gaan wij achtereenvolgens in op de volgende onderwerpen:

1. Uitgangspunten, doelstellingen en zorginhoudelijke sturingsfilosofie van de jeugdhulp in Friesland;
2. Vergelijking van verschillende modellen van sturing en bekostiging;
3. Conclusies/keuzes voor de inkoop in Friesland per ondersteuningskwadrant;
4. Uitwerking en consequenties voor regio, gemeenten en gebiedsteams

Dit document geeft antwoord op de vraag hoe we de sturing en bekostiging van de jeugdhulp zo kunnen inrichten dat dit aansluit bij onze visie en uitgangspunten en onze transformatiedoelen helpt realiseren. Per 2018 moet dit uitmonden in een vernieuwd ondersteuningsaanbod binnen een nieuwe bekostigingssystematiek. Een bekostigingssystematiek die prikkelt tot betere kwaliteit, mede gedragen door aanbieders en ondersteund door meerjarige contracten.

Dit document is ook de start van een proces waarin we als gemeenten en aanbieders handen en voeten moeten geven aan heel veel verschillende onderwerpen en daarin keuzes maken. Dit alles moet resulteren in een per 1 januari 2018 werkend model: de zorgverwijzing en zorginhoud zijn goed ingericht en ook alle daarvoor benodigde administratieve processen bij aanbieders als gemeenten. Om dit te realiseren neemt SDF bewust de keuze om het inkooptraject kort en strak te organiseren waardoor er tijd ontstaat om de implementatie goed in te richten. De ontwikkeling



van dit model is nadrukkelijk een groei-model. In 2018 wordt een basis neergelegd met de inkoop 2018 die verder de komende jaren doorontwikkeld kan worden.

CONCEPT

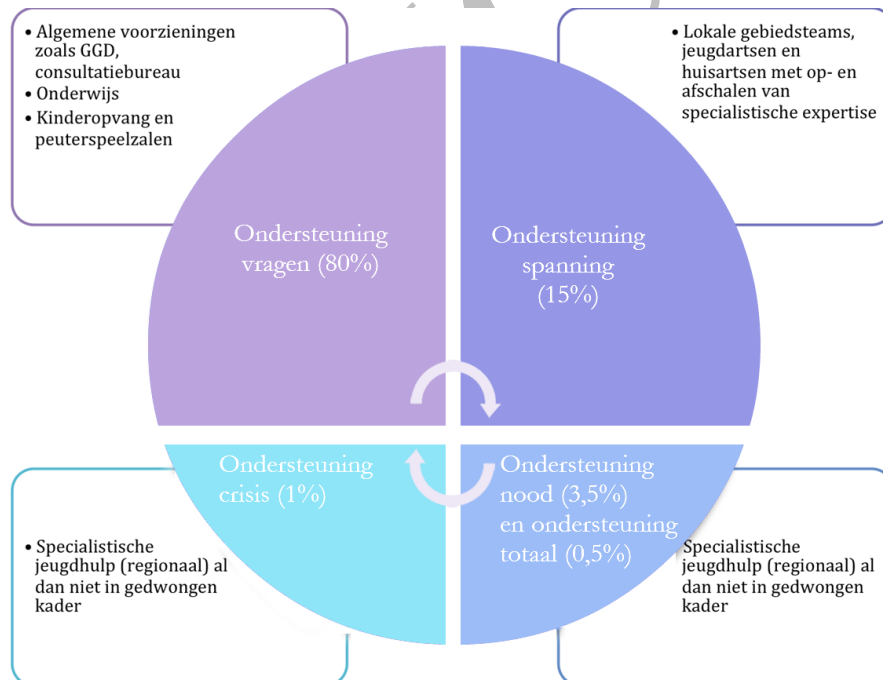
## 1. Uitgangspunten, doelstellingen en zorginhoudelijke sturingsfilosofie van de jeugdhulp in Friesland

### 1.1. Schematisering van het veld

De centrale visie die naar voren komt in de verschillende documenten waarin de doelstellingen van de jeugdhulp in Friesland is beschreven is dat kinderen in gezondheid, welzijn en veiligheid opgroeien, met perspectief op een zelfstandig leven naar ieders eigen mogelijkheden. De zorg voor de jeugd is altijd in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de ouders c.q. verzorgers. Wanneer die daarbij hulp nodig hebben, dan is die jeugdhulp, ongeacht door wie gegeven, altijd gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid of het verminderen van de afhankelijkheid van het kind en/of het gezin. De uitgangspunten hierbij zijn:

1. De ondersteuningsbehoefte van de jeugdigen en gezin staan centraal;
2. Uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van jeugdigen en ouders en hun sociale netwerk;
3. Normalisering en de-medicalisering door versterking opvoedkundig klimaat in gezinnen, wijken, dorpen, scholen en kinderopvang etc. (preventie);
4. De ingezette hulp is zo nabij als mogelijk (bij voorkeur thuis), zo kort als mogelijk en zo lang als nodig;
5. De ingezette hulp is integraal, effectief en efficiënt op basis van het 3x1-beginsel: één kind/gezin, één plan en maximaal één hulpverlenende regisseur;
6. Ruimte voor alle betrokken professionals en vertrouwen in hun integriteit en deskundigheid.

Ter verheldering van de mogelijke hulpverleningsvormen en –zwaartes die nodig kunnen zijn in de jeugdhulp hanteren wij het model van de ondersteuningskwadranten zoals weergegeven in het Omvormingsplan:



In dit model onderscheiden wij de volgende kwadranten:

- a. Ondersteuningsvragen: elk ouder zal op gezette tijden voor vragen komen te staan rondom het opvoeden en opgroeien van hun kinderen, die via algemene voorzieningen van onderwijs, gezondheidszorg en maatschappelijk werk prima kunnen worden opgelost;



- b. Ondersteuningsspanning: in een aantal gevallen zullen de algemene voorzieningen onvoldoende soelaas bieden en is kortdurende gerichte ondersteuning nodig voor een individuele jeugdige of ouder. Vaak zal deze ondersteuning gegeven kunnen worden door een praktijkondersteuner van de huisarts, schoolmaatschappelijk werker of een gezinswerker in het gebiedsteam.
- c. Ondersteuningsnood: als sprake is van een ernstiger enkelvoudige, dan wel van een complexe (meervoudige) problematiek is specialistische hulp noodzakelijk. Dit zal vaak tijdelijk zijn, maar kan, bij voorbeeld in het geval pleegzorg, of bij een lichte verstandelijke beperking (lvb) ook langere tijd of structureel aan de orde zijn.
- d. Crisiszorg: in sommige uitzonderlijke situaties is sprake van een acute noodsituatie waarin buiten alle bovengenoemde stappen om binnen enkele uren of dagen hulp verleend moet worden. Voor deze situaties moet op regionale schaal een structuur worden ingericht waarbinnen op elk moment van de dag een jeugdige of ouder/verzorger geholpen kan worden, in sommige gevallen met een acute opvang buiten het gezin.

Voor de financieringswijzen van deze verschillende kwadranten geldt dat het eerste kwadrant een kwestie is van (op de Jeugdwet) voorliggende voorzieningen, en het tweede kwadrant een mengvorm is van algemene gezondheidszorg (jeugd- en huisartsen) en preventieve jeugdhulp die door individuele gemeenten wordt gefinancierd. De regionale inkoopopgave in de jeugdzorg – het kernthema in dit startdocument – is bij uitstek gericht is op de kwadranten c. en d., waarbij uiteraard het onderscheid tussen b. en c. (lokale en regionale inkoop/financiering) aandacht verdient, temeer omdat deze scheidslijn per gemeente anders kan worden ingevuld.

## 1.2. **Zorginhoudelijke sturingsfilosofie**

Binnen deze figuur van ondersteuningskwadranten worden de bovengenoemde uitgangspunten op de hiernavolgende wijze in praktijk vertaald. Daarbij lopen we regelmatig aan tegen de beperkingen van het huidige gekozen bekostigingsmodel.

- a. Ondersteuningsbehoefte cliënt centraal? (uitgangspunten 1 en 2) Behoefte goed in kaart brengen  
Met de figuur van het ondersteuningskwadrant hebben we in Friesland willen uitdrukken dat niet het zorgaanbod leidend zou moeten zijn bij de inzet van jeugdhulp, maar de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Implicatie van dat uitgangspunt zou moeten zijn dat die behoefte zorgvuldig in kaart wordt gebracht. Een gedegen triage moet duidelijk maken wat de hulpvragen op eigen kracht kan, welke basisondersteuning gewenst is en welke aanvullende ondersteuning eventueel nog nodig is. Voor die triage moeten gebiedsteams goed toegerust zijn, met kennis van relevante cliëntkenmerken en geholpen door bruikbare triage-instrumenten. Ondersteuningsprofielen kunnen helpend zijn bij het vinden van passende hulp.
- b. Ondersteuningsbehoefte cliënt centraal? (uitgangspunten 1 en 2) Maatwerk  
Om echt aan te kunnen sluiten bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt moet maatwerk mogelijk zijn. De huidige bekostiging gaat uit van nauw omschreven producten, wenselijk is dat aanbieders binnen globaal omschreven arrangementen de ruimte hebben om maatwerk te leveren.
- c. Ondersteuningsbehoefte cliënt centraal? (uitgangspunten 1 en 2) Budget volgt vraag  
Als na een zorgvuldige triage de behoefte van de cliënt helder is en bijpassende hulp gevonden, wil de cliënt niet geconfronteerd worden met een budgetplafond en daardoor een cliëntenstop bij die aanbieder. Logischer is dat budget de vraag volgt en de budgetplafonds worden losgelaten. Dit roept wel de vraag op hoe dan gestuurd kan worden op budgetten. Deze vraag komt in hoofdstuk 4 aan de orde.
- d. Problemen zo gewoon mogelijk oplossen? Eerder juiste hulp op maat? Meer ondersteuning dicht bij huis. (uitgangspunten 3 en 4)  
De Jeugdwet kent als belangrijk doel het ontzorgen en normaliseren van hulpvragen. Bij het zo gewoon mogelijk oplossen van problemen hoort dat die zo dicht mogelijk bij huis kunnen worden opgepakt. Dit pleit ervoor om het lokale domein van basisondersteuning te vergroten. Gebiedsteams zouden moeten kunnen beschikken over een rijk arsenaal aan ondersteuningsvormen die ze zelf in huis hebben of die nabij gemakkelijk te verkrijgen zijn. Er moet een verplaatsing plaatsvinden van meer hulp vanuit de kwadranten ondersteuningsvragen en ondersteuningsspanning. De bekende figuur van het

ondersteuningskwadrant krijgt dan een andere vorm, met een kleinere omvang voor de kwadranten nood en spanning.

- e. Terugdringen specialistische hulpverlening? (uitgangspunt 4) Gericht beroep op aanvullende ondersteuning  
 Gechargeerd gezegd zou je kunnen stellen dat de huidige beschikkingen voor specialistische hulp een ‘blinde’ verwijzing vormen. De beschikking vormt een ticket voor de aanbieder om product x of y te mogen inzetten, ongeacht wat daarmee precies wordt bereikt. Het beroep op aanvullende ondersteuning zou juist heel gericht moeten zijn, namelijk voor zover nodig voor het behalen van een concreet omschreven resultaat. In de vorm van een arrangement-opmaat zou de aanbieder een voorstel moeten doen om een bijdrage te leveren aan het behalen van dat resultaat. Deze werkwijze versterkt de kracht van de cliënt: het beroep op hulp omvat niet meer dan nodig is om het resultaat te bereiken, vanaf daar gaat de cliënt zelf weer verder, al dan niet met enige ondersteuning door het gebiedsteam.
- f. Terugdringen specialistische hulp? (uitgangspunt 4) Gebiedsteam sleutelrol in bepalen wat nodig is. In de opzet die we hier beschrijven krijgt het gebiedsteam een nog uitdrukkelijker rol in het bepalen van de gewenste aanvullende ondersteuning. Samen met de cliënt formuleert de verwijzer/ GT-medewerker het te behalen resultaat en nodigt een aanbieder uit hiervoor een arrangement te leveren. De verwijzer/ GT-medewerker beoordeelt de passendheid van het arrangement en de voorgestelde zwaarte daarvan (per arrangement zijn er vermoedelijk drie tot vier intensiteiten).
- g. Ontzorgen, niet meer doen dan nodig is? (uitgangspunt 4) Prikkel voor beëindiging hulp  
 De huidige inspanningsbekostiging spoot niet aan tot beëindiging van de hulp als de cliënt voldoende geholpen is. Een bekostiging met een – vooraf benoemd – te behalen resultaat bevat die prikkel wel. Bij deze opzet past een monitoring en verantwoording door de aanbieder over behaalde resultaten, per individuele cliënt als ook over het geheel van de geboden hulpverlening.
- h. Integrale hulp, hulpverleners werken samen? (uitgangspunt 5) Bekostiging bevordert samenwerking
- i. In een opzet met resultaatgerichte bekostiging is ingebouwd dat de specialistische aanbieder zich moet verstaan met het gebiedsteam over het te behalen resultaat. Dat resultaat is vastgelegd in het ondersteuningsplan, dat daarmee – meer dan nu het geval is – leidend wordt in de gezamenlijke hulpverlening. Een klein deel (plusminus 15-20% ) van de arrangementen zal een multidisciplinaire inhoud kennen, voor cliënten met een meervoudige hulpvraag. Aanbidders die deze inhoud niet volledig zelf in huis hebben, zullen wel moeten samenwerken met een of meer andere aanbieders om het betreffende arrangement te kunnen leveren.
- j. Ruimte voor professional? (uitgangspunt 6) Vertrouwen op diens expertise  
 In de voorgestane werkwijze bepaalt het gebiedsteam het wat van de gewenste ondersteuning, de specialist vult het hoe daarvan in. De arrangementen kennen een globale formulering van het resultaat waartoe het betreffende arrangement kan worden ingezet, de aanbieder bepaalt per individueel geval de feitelijk in te zetten componenten, het verantwoordelijk gebiedsteam controleert de zorginhoudelijke voortgang/ resultaten.

**Samenvattend** hanteren wij een zorginhoudelijke sturingsfilosofie met de volgende elementen:

- sturing heeft de behoefte van de individuele cliënt als startpunt: op maat van diens vraag wordt een te behalen resultaat geformuleerd;
- in de zorginhoudelijke sturing is de sleutelrol weggelegd bij het gebiedsteam: zij wegen welke aanvullende ondersteuning nodig is en doen een gericht beroep op specialistisch aanbieder;
- die aanbieder formuleert zijn aandeel in het te behalen resultaat in de vorm van een arrangement;
- monitoring en verantwoording concentreert zich op behaalde resultaten per individuele cliënt en voor het totaal van de geleverde zorg;
- waar nodig vraagt aanbieder andere aanbieders om een aandeel te leveren in het arrangement;
- het lokale domein van basisondersteuning wordt vergroot waardoor het gebiedsteam een rijker areaal aan ondersteuningsvormen zelf in huis heeft of ‘om de hoek’ kan verkrijgen.

## 2. Verschillende modellen van sturing en bekostiging

### 2.1. Modeloverzicht

Vanuit de hiervoor genoemde zorginhoudelijke sturingskenmerken willen we bepalen hoe de Friese gemeenten kunnen sturen op kwaliteit en geld. Bij onze oriëntatie op de verschillende modellen van sturing en bekostiging hebben wij ons gebaseerd op het rapport "Handreiking uitvoeringsvarianten iWMO/iJW (augustus 2015), dat is opgesteld door Zorginstituut Nederland in opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. De handreiking is tot stand gekomen in samenwerking met de gezamenlijke zorgbranches, die dan ook het werken volgens deze handreiking van harte aanbevelen.

De handreiking beschrijft de volgende drie typen bekostigingsmodellen die kunnen worden toegepast.

#### Inspanningsgerichte bekostiging:

- Alle geleverde inspanning wordt betaald (aantal uren begeleiding of zorg), op basis van contractueel overeengekomen tarieven, eventueel met een maximum (budgetplafond) per aanbieder;

#### Outputgerichte bekostiging:

- Betaling voor een integraal arrangement/traject per cliënt, ongeacht de door de zorgverlener ingezette middelen/uren;

#### Taakgerichte bekostiging:

- Aanbieder krijgt een vastgesteld (jaar)budget voor het beschikbaar houden/uitvoeren van een taak (b.v.: dagbesteding, of: crisiszorg) ongeacht het aantal behandelde cliënten.

Voor een volledig overzicht van de voor- en nadelen van de hier genoemde bekostigingsmethodieken verwijzen wij naar de samenvattende bewerking van de VNG-handleiding, die als bijlage aan dit startdocument is gehecht. Korthedshalve beperken wij ons hier tot de volgende samenvattende beschrijving.

Het eerste model – grotendeels de huidige praktijk in Friesland voor bekostiging van de gecontracteerde maatwerkvoorzieningen – financiert de *inspanningen* van de zorgverlener, ongeacht het resultaat. Een goed resultaat mag worden verwacht op grond van de ingehuurd professionele kwaliteit en het ontbreken van een budget per casus, maar hierin besloten ligt een risico van overbehandeling c.q. algehele budgetoverschrijding. Algemeen wordt dit gezien als één van de verklarende factoren voor de structurele stijging van de zorgkosten in de afgelopen jaren, die met de decentralisatie een halt toegeroepen moet worden.

De beide andere modellen geven de opdrachtgever (in casu: de gemeenten) meer zekerheid over budgetten. De *outputbekostiging* doet dat op casusniveau en ondervangt daarmee het risico van budgetoverschrijdingen door zorgzwaarte/overbehandeling per casus, nog niet door volumegroei. Bij *taakbekostiging* legt de opdrachtgever – uiteraard binnen contractueel overeen te komen grenzen – zowel voor de volume-ontwikkeling als voor de zorgintensiteit het risico bij de aanbieder neer, die in ruil daarvoor verzekerd is van omzet.

Simpel gesteld kunnen deze drie hoofdmodellen van bekostiging ook worden samengevat met de woorden: uurloon – stukloon – lump sum. Terwijl in het eerste model het risico voor de opdrachtgever vooral ligt in de mogelijke budgetoverschrijdingen, moet bij de beide andere modellen de focus in het overleg tussen gemeenten en zorgaanbieders vooral liggen op het thema's resultaat en kwaliteit. En omdat juist die focus op kwaliteit en resultaat, in combinatie met het streven naar kostenbeheersing, één van de centrale doelstellingen van de decentralisatie in de zorg is, komen gemeenten in toenemende mate tot het besluit om het stelsel van

inspanningsbekostiging te vervangen door één van de beide andere modellen (of door een combinatie ervan).

## **2.2. Keuze voor Friesland**

Ook in onze regio kiezen wij, na enkele maanden van ambtelijke en bestuurlijke oriëntatie voor deze opties, voor een overgang naar een meer resultaatgeoriënteerde vorm van bekostiging, in de hoop daarmee, ook in goed overleg met de zorgaanbieders in de regio, te komen tot meer aandacht voor kwaliteit, zorgvernieuwing zodoende tot de gewenste vormen van zorginhoudelijke transformatie. Voor de gemeentelijke gebiedsteams betekent deze andere benaderingswijze dat zij zich niet langer (zoals nu) richten op de te beschikken *inspanningen* van de zorgverleners (dus op de 'hoe'-vraag) maar zich kunnen concentreren op het te bereiken *resultaat* (de 'wat'-vraag), en het 'hoe' overlaten aan het professionele inzicht van de zorgverlener (uiteraard in overleg met cliënt/ouder inzake zowel het 'wat' als het 'hoe').

Door de aanbieders vrij te laten in het "hoe" en verantwoordelijk te maken voor het resultaat is de verwachting dat daadwerkelijke samenwerking en nieuwe dwarsverbanden tussen aanbieders tot stand komen zonder belemmeringen door al te gedetailleerde indicaties en zorgtoewijzingen die in het huidige stelsel nog nodig zijn.

CONCERN

### 3. Uitwerking voor Friesland

Het brede veld van de jeugdzorg is te complex om te benaderen met één uniforme aanpak. Per ondersteuningskwadrant (zie hoofdstuk 1) is een op dat werkveld gerichte aanpak noodzakelijk. Hieronder wordt de uitwerking van het beoogde model per kwadrant geschetst.

#### 3.1. *Het eerste zorgkwadrant: ondersteuningsvragen*

Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 is dit het terrein van de zogenaamde ‘voorliggende voorzieningen’ waarvan de financiering nagenoeg geheel buiten de jeugdwet omgaat en die wij in dit inkoopdocument buiten beschouwing laten. Het mag duidelijk zijn dat de veranderde werkwijze voor jeugdhulp die in dit startdocument wordt voorgesteld wel consequenties kan hebben voor de contacten die vooral op lokaal niveau met werkzame instanties in het preventieve veld onderhouden worden. Dit punt zal aandacht vragen bij de verdere uitwerking van dit inkoopmodel in de komende 16 maanden.

#### 3.2. *Het tweede zorgkwadrant: jeugdhulp bij “spanning”*

In dit tweede zorgkwadrant bevindt zich het werk van de gemeentelijke wijk- en gebiedsteams voor preventie, eerste opvang van hulpvragen en doorverwijzing naar de gespecialiseerde zorg. Ook de overige wettelijke verwijzers vallen in dit segment.

De introductie van resultaatbekostiging (en met name de overgang naar een arrangementensysteem in het derde kwadrant; zie de volgende paragraaf) vraagt een nieuwe werkwijze van de gemeentelijke gebiedsteams. De benodigde expertise van gebiedsteams valt uiteen in:

- a. het geven van lichtere, kortdurende vormen van zorginhoudelijke begeleiding;
  - b. triage-/beoordelingsvaardigheden ter (mede)bepaling van de het in te zetten arrangement.
- Het arrangementenmodel gaat uit van een zekere basis aan vaardigheden op deze beide punten; het niveau van deze basisvaardigheden zal nog nader in regionaal verband worden vastgesteld en tijdig worden gecommuniceerd. Boven deze basisvaardigheden is lokale variatie mogelijk in het expertiseniveau van gebiedsteams, hetgeen kan leiden tot:
- ad. a: meer of minder “afvangen” van lichtere zorgvragen vóórdat gecontacteerde maatwerkvoorzieningen hoeven te worden ingezet, en;
  - ad. b.: meer of minder gebruik maken van het speciaal hiervoor in te richten matwerkarrangement “diagnostiek”.

De werkwijze van de gebiedsteams, in het krachtenveld tussen zorgvragers, overige verwijzers en zorgaanbieders, zoals wij die zien in het arrangementenmodel wordt beschreven in het volgende hoofdstuk.

#### 3.3. *Het derde ondersteuningskwadrant: jeugdhulp bij “nood”.*

In termen van aantallen zorgtoewijzingen bestrijkt dit segment verreweg het grootste deel van de gespecialiseerde (d.w.z.: te contracteren) jeugdhulp. Daarbinnen is de ervaring (vanuit andere gemeenten) omtrent de complexiteit van de noodzakelijke hulp als volgt

- 80% van de cases betreft enkelvoudige hulp die door één aanbieder kan worden verleend;
- 20% betreft meervoudige hulp bij één of meerdere aanbieders.

Uiteraard ligt deze verhouding in financiële termen anders, waarbij 20% van de meervoudige hulp plusminus 60% van de kosten maakt (wordt nader geanalyseerd door projectteam), maar duidelijk is dat we in dit segment met de ‘bulk’ aan zorgvragen te maken hebben die langs gestandaardiseerde ondersteuningsprofielen met gelijke tarieven bij de juiste zorgaanbieder moeten kunnen worden ondergebracht.

Daarnaast past binnen dit ondersteuningskwadrant de keuze van de Friese gemeenten voor keuzevrijheid voor de cliënt – en daarmee voor een breed palet aan dienstverleners in de zorg. De sturingsfilosofie voor de inrichting van het nieuwe arrangementenmodel is gebaseerd op zorginhoudelijke sturing. Het model gaat uit van de volgende inrichtingsprincipes:

1. De sturing heeft de ondersteuningsbehoefte van de individuele cliënt als startpunt: op basis van de vraag wordt een te behalen resultaat geformuleerd;
2. Binnen de zorginhoudelijke sturing is een sleutelrol weggelegd voor de verwijzers (het gebiedsteam en overige >zie hoofdstuk 4): zij bekijken samen met de cliënt welke aanvullende ondersteuningsprofiel en intensiteit nodig is en welk aanbod daarbij past;
3. De aanbieder formuleert zijn aandeel in het te behalen resultaat in de vorm van een arrangement (doelrealisatie);
4. Verwijzers/gebiedsteams bepalen het WAT en niet het HOE; dit doet de aanbieder;
5. Daar waar nodig voor het te behalen resultaat betreft de aanbieder andere aanbieders (als onderaannemer) om een aandeel te leveren in het arrangement;
6. De geleverde zorg wordt, vooraf, tijdens en achteraf, verantwoord en gemonitord op behaalde resultaten per individuele cliënt en het totaal van de geleverde zorg (doelmatigheid/rechtmatigheid);
7. Gemeenten publiceren op termijn de gerealiseerde resultaten van de ondersteuning per aanbieder en maken dit transparant, zodat klanten/ verwijzers meer inzicht krijgen in de resultaten van aanbieders;

#### Ondersteuningsprofielen

Gemeenten willen de huidige productstructuur van de bestaande percelen met ca. 300 producten omvormen tot een beperkt aantal ondersteuningsprofielen met de daarbij behorende intensiteiten. Dit In navolging van diverse andere regio's in den lande (o.a. West-Brabant West, Hart van Brabant, Amsterdam – Amstelland en Zaanstreek – Waterland). De voordelen van de nieuwe productstructuur op basis van ondersteuningsprofielen zijn:

- Overzichtelijkheid voor verwijzers en aanbieders waardoor het kiezen van een profiel gemakkelijker wordt;
- Er wordt naar resultaten gekeken in plaats van naar uren
- Er wordt in bandbreedtes gewerkt
- Het levert administratieve lastenverlaging
- Het ondersteunt gewenste transformatie

Voor de marktconsultatie/dialoggesprekken met aanbieders worden de door de regio Amsterdam- Amstelland en Zaanstreek – Waterland ontwikkelde ondersteuningsprofielen ingebracht als mogelijk vertrekpunt voor de in Fryslân te ontwikkelen ondersteuningsprofielen en de daarbij behorende intensiteiten. Het gaat hierbij om de hiernavolgende ondersteuningsprofielen. Door in elk van de profielen maximaal 3 zorgintensiteiten aan te brengen (licht-middel-zwaar) ontstaat een totaal van ca. 30 arrangementen, met per arrangement en gefixeerde prijs. Detaillering van arrangementsbeschrijvingen en prijsbepaling moeten nog worden uitgewerkt.



- <b>Ondersteuningsprofiel 1</b>	Behoeftte aan het verbeteren van psychosociaal functioneren jeugdigen en verbeteren van gezinscommunicatie;
- <b>Ondersteuningsprofiel 2</b>	Behoeftte aan het vergroten van specifieke opvoedingsvaardigheden ouders plus hulp vanwege kindeigen problematiek;
- <b>Ondersteuningsprofiel 3</b>	Behoeftte aan vergroten van specifieke opvoedingsvaardigheden van ouders met een beperking;
- <b>Ondersteuningsprofiel 4</b>	Behoeftte aan het vergroten van specifieke opvoedingsvaardigheden voor ouders met eigen problematiek plus hulp voor de jeugdigen bij zijn/haar ontwikkeling;
- <b>Ondersteuningsprofiel 5</b>	Behoeftte aan verminderen problematiek en verbeteren van functioneren jeugdigen zorg en behandeling voor jeugdige;
- <b>Ondersteuningsprofiel 6</b>	Behoeftte aan leren van vaardigheden en verbeteren functioneren voor jeugdigen rekening houdend met verminderen van eigen problematiek ouders en waarborgen veiligheid jeugdigen;
- <b>Ondersteuningsprofiel 7</b>	Behoeftte aan begeleiding en behandeling in samenhang met een beperking;
- <b>Ondersteuningsprofiel 8</b>	Behoeftte aan begeleiding en behandeling in samenhang met een beperking en gedragsproblematiek;
- <b>Ondersteuningsprofiel 9</b>	Behoeftte aan begeleiding en behandeling vanwege een lichamelijke beperking;
- <b>Ondersteuningsprofiel 10</b>	Behoeftte aan het oplossen van complexe problematiek bij een 0-6-jarige binnen het gezin
- <b>Product/ dienst voor verwijzers: diagnostiek</b>	Duiden van het ondersteuningsbehoefte en het ondersteuningsprofiel (diagnostiek)

Ten opzichte van andere regio's overwegen wij diagnostiek als apart product/ dienst aanvullend in de markt te zetten.

Wij denken dat de toevoeging van dit profiel kan bijdragen aan de samenwerking tussen stakeholders, ervoor zorgt dat specialistische kennis naar de voorkant wordt gebracht en dat de hulp zo gericht mogelijk wordt ingezet. Het product diagnostiek lijkt te voorzien in een behoefte en wordt met de marktpartijen tijdens de consultaties verder uitgewerkt.

#### Resultaat financiering:

Naast zorginhoudelijke sturing wordt het model ook ingericht om te sturen op resultaten:

- Het model kent ondersteuningsprofielen met een vast tarief per intensiteit. Waardoor er geen competitie op tarief plaats is. Aanbieders zullen door dit principe bewust keuzes gaan maken waarop ze zich inschrijven.
- Competitie op kwaliteit: aanbieders die binnen het vaste tarief de meeste kwaliteit weten te bieden, zullen de meeste vraag aan zich weten te binden.
- Aanbieders die onvoldoende kwaliteit scoren zullen minder klanten krijgen en kunnen onderzoeken krijgen ingezet door contractmanagement om de kwaliteit te onderzoeken en eventueel te verbeteren;
- Binnen het model zal het budget de vraag volgen. Met dit principe ligt de sturing op budget bij de individuele gemeenten die nauwlettend de lokale zorgconsumptie kan monitoren.

### 3.4. Het vierde ondersteuningskwadrant: crisiszorg

In dit segment is de voortdurende beschikbaarheid van kwalitatief hoogwaardige gespecialiseerde zorg essentieel. Daarbij zijn bovendien verblijfsvoorzieningen nodig van ruimtelijk en zorginhoudelijk uiteenlopende aard. Voor deze dienstverlening komt slechts een klein aantal aanbieders in aanmerking die voldoende omvang en ervaring moeten hebben om betrouwbare zorg te kunnen bieden. Vanuit het verleden is vanuit de verschillende financieringsbronnen een beperkt aantal aanbieders actief in dit segment met een deels overlappend aanbod. De betrokken partijen zien mogelijkheden om hier zowel qua efficiency als qua doelmatigheid winst te boeken, indien wij in goed overleg kunnen komen tot meerjarige afspraken over werkwijze en financiering in dit segment. Een taakgerichte bekostigingsvorm ligt hier het meest voor de hand, waarbij de inzet onzerzijds is om niet één aanbieder het hele segment in opdracht te geven, maar nadrukkelijk met een samenwerkingsverband van bestaande partijen te werken die elk hun expertise kunnen inbrengen.

#### Samenvattend:

- Voorstel is om de inrichtingsprincipes: competitie op kwaliteit, ondersteuningsprofielen/intensiteiten en resultaatbekostiging verder met het veld uit te werken.
- Hetgeen resulteert in:
  - ✓ Een model dat de doelen uit de transformatie ondersteunt;
  - ✓ Een beperkt aantal ondersteuningsprofielen;
  - ✓ Geordend in 3 à 4 intensiteiten;
  - ✓ Elk arrangement heeft een globale resultaatomschrijving;
  - ✓ Een set van spelregels die passen bij de nieuwe principes;
  - ✓ Per arrangement is één ontwikkeld vastgesteld tarief;
  - ✓ De ontwikkeling van diagnostiek als aparte dienst/ product voor verwijzers (nader te onderzoeken).
- Voorstel is om Crisiszorg apart te organiseren voor Friesland in een model van taakbekostiging.
- Voorstel is om ook bovenregionaal verblijf als onderdeel van de ondersteuningsprofielen te realiseren voor 2018. De impact van deze keuze wordt later uitgewerkt.

Het uiteindelijke doel van de inkoop 2018 is dat de Friese gemeenten (voor bijna alle oude percelen) in een model werken gericht op competitie op kwaliteit waarbij ondersteuningsprofielen/intensiteiten de transformatie ondersteunen.

Uitzondering zijn de percelen Pleegzorg, dyslexie en Crisiszorg.

- Voor crisiszorg geldt dat dit in een aparte inkoop wordt ingericht gebaseerd op taakbekostiging.
- Voor dyslexie en Pleegzorg moet onderzocht worden wat de beste oplossing is voor dit perceel, dit zal in het inkoopplan terugkomen.
- Voor de bovenregionale zorg is het de ambitie om deze zorg in de ondersteuningsprofielen/intensiteiten van deze zorgproducten te laten landen. Echter zijn wij afhankelijk van de samenwerking met de 3 regio's om dit te realiseren. Dit wordt nader uitgewerkt.



#### 4. Uitvoering en implementatie

In de voorgaande hoofdstukken heeft u kunnen lezen op welke wijze we de inkoop 2018 willen vormgeven en welke principes we daarin als vertrekpunt nemen. In dit hoofdstuk belichten we kort een aantal aandachtspunten en implicaties die het nieuwe model met zich meebrengt met betrekking tot de uitvoering en implementatie op lokaal niveau.

Gemeenten willen met het nieuwe model niet alleen toewerken naar stroomlijning en eenvoud maar vooral samen met alle betrokken partijen een samenhangend geheel maken dat flexibel is en aansluit bij de wensen van gemeenten. Het gaat hierbij om de volgende thema's:

1. De verwijzing (inclusief door het gebiedsteam) naar zorg;
2. De lokale inkoop door gemeenten;
3. Competitie op kwaliteit;
4. Administratieve processen;
5. Gemeentelijke samenwerking en de individuele verantwoordelijkheid van de gemeenten.

##### **Thema 1: de verwijzing naar zorg**

Binnen de inkoop 2018 verstaan we onder verwijzing: *toeleiding naar het bij de ondersteuningsbehoefte passende ondersteuningsprofiel*. Dit betekent dat verwijzers in staat moeten zijn om het passende ondersteuningsprofiel te bepalen en vaardig moeten zijn in het formuleren van concrete resultaten (als grondslag voor het in te zetten arrangement).

Binnen het stelsel van de Jeugdhulp is de verantwoordelijkheid van de verwijzing naar zorg belegd bij verschillende partijen. We kunnen daarin de volgende belangrijke tweedeling maken:

1. Groep 1. De verwijzers die opereren vanuit de door gemeenten opgerichte gebiedsteams. Zorginhoudelijke professionals die werken vanuit de gemeentelijke context en verantwoordelijkheid. Hierna gebiedsteam (GT) genoemd.
2. Groep 2. De verwijzers die kunnen verwijzen vanuit de aan hun persoon gekoppelde functie en verantwoordelijkheid. Het gaat hierbij om huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten en voogden. Hierna - overige verwijzers (OV) - genoemd.

De hierboven genoemde OV's in omvang verantwoordelijk voor 60% tot 70% van het aantal verwijzingen naar zorg. De huisartsen vormen hierin in omvang de belangrijkste groep. Binnen de ontwikkeling van het inkoopmodel 2018 is het belangrijk om binnen de verwijzing onderscheid te maken tussen de twee groepen verwijzers.

##### **Groep 1 Gebiedsteam (GT)**

Binnen het inkoop model 2018 is het GT verantwoordelijk voor de toeleiding naar de onderscheiden ondersteuningsprofielen. Elke GT-medewerker moet voldoende toegerust zijn om hieraan invulling te geven en alle GT's moeten een basiskennis hebben om te kunnen werken met ondersteuningsprofielen. Om dit mogelijk te maken worden gemeenten gefaciliteerd. Dit betekent dat er vanuit project inkoop 2018 samen met gebiedsteams niet alleen een set van basis kwaliteitseisen moet worden geformuleerd, maar in het kader van de implementatie voor de GT ook een specifiek scholingsprogramma zal moeten worden ontwikkeld. Gemeenten maken hierin hun eigen afweging.

De kwaliteitseisen hebben betrekking op dat wat minimaal nodig is om binnen het inkoopmodel een verantwoorde toeleiding te doen.

Gemeenten kunnen naast toeleiding ook andere functies bij de gebiedsteams beleggen waardoor er minder beroep wordt gedaan op de inzet van bepaalde ondersteuningsprofielen (gemeenten maken dan bewust een keuze om de ondersteuning anders te organiseren).

**Samengevat:** Voor de GT worden minimum kwaliteitseisen beschreven waaraan het GT moet voldoen en wordt een scholingsprogramma ontwikkeld om te werken met (implementatieplan).

Het is aan gemeenten zelf om de keuze te maken voor een “plus” variant en daarvan zelf de invulling en reikwijdte van te bepalen.

### Groep 2. Overige verwijzers (OV)

Binnen het inkoop model 2018 is het van belang dat ook de “overige verwijzers” aansluiten bij de verwijzing via ondersteuningsprofielen. Dit betekent dat deze groep moet worden betrokken bij de ontwikkeling en de uiteindelijke implementatie van de ondersteuningsprofielen. Daarnaast is het belangrijk dat de reikwijdte van de verwijzingsbevoegdheid van OV te bespreken. Hoewel de OV de wettelijke bevoegdheid hebben om te verwijzen naar alle vormen van jeugdhulp, kan gezamenlijk worden vastgesteld welke ondersteuningsprofielen zich niet lenen voor de rechtstreekse verwijzing. Criteria kunnen zijn: complexiteit, omvang van de ondersteuning en de kosten. Ook voor deze groep van verwijzers worden (basis) kwaliteitseisen geformuleerd en wordt een scholingsprogramma ontwikkeld. Daarnaast worden er afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling en onderliggende administratieve organisatie tussen verwijzer en arrangementsaanbieder en eventueel GT, als onderdeel van het totaal van nieuw te ontwikkelen administratieve processen.

De zorgverwijzing via de huisartsen neemt in dit programma een specifieke plek in. Dit heeft niet alleen te maken met het aantal verwijzingen, maar met name de rol die de huisarts als aanbieder van ondersteuning kan spelen. Net als hiervoor is aangegeven bij het GT kan de huisarts via de functie POH-jGGZ een aanbod in ondersteuning bieden. Een aanbod dat, zo blijkt uit de huidige pilots, de inzet van arrangementen vermindert. In beginsel is het aan de individuele gemeenten om de keuze te maken om samen met huisartsen de mogelijkheden van het inzetten van een POH-jGGZ te onderzoeken. Op moment lopen er rond dit thema binnen de provincie een aantal pilots. Daarnaast wordt er met huisartsen en zorgverzekeraar gesproken over de wijze van bekostiging. Deze verschillende ontwikkelingen kunnen -daar waar mogelijk- richting 2018 aan elkaar worden verbonden in de vorm van gezamenlijke afspraken tussen Zorgverzekeraar, huisartsen en gemeenten betrekking tot een financieringsmodel voor de POH-jGGZ. Het blijft echter de verantwoordelijkheid van de individuele gemeenten om hier keuzes in te maken.

**Samengevat:** Voor de overige verwijzers (incl POH-jGGZ) zullen in samenwerking met hun (basis) kwaliteitseisen worden geformuleerd en een scholingsprogramma worden ontwikkeld en zal een proces moeten worden ontwikkeld dat aansluit op de beoogde werkwijze.

### ***Thema 2 de lokale inkoop door gemeenten***

Momenteel kennen zeven gemeenten een lokale inkoop voor de AWBZ-extramuraal met een lokaal contract die langer duurt dan 2018. Deze gemeenten hebben de projectgroep gevraagd de (on)mogelijkheden te onderzoeken van de lokale vs. regionale inkoop. Momenteel vindt een externe toetsing plaats van de lokale vs. regionale mogelijkheden en risico's. Dit wordt nagezonden.

**Samengevat:** Het voor alle gemeenten vast te stellen nieuwe model sluit lokale inkoop op productniveau niet uit. Het is aan de gemeenten zelf om hierin een keuze te maken. Wordt door gemeenten een keuze gemaakt om ondersteuning in de vorm van een ondersteuningsprofiel in te zetten, dan gelden de door SDF gemaakte inkoopafspraken over het ondersteuningsprofiel. Momenteel vindt een externe toetsing plaats van de lokale vs regionale (on)mogelijkheden en risico's. Dit wordt nagezonden.

### ***Thema 3 Competitie op kwaliteit***

Belangrijk uitgangspunt van het model is de organisatie van competitie op kwaliteit. Dit kan wanneer aanbieders en gemeenten afspraken maken over wat we verstaan onder kwaliteit, de criteria, de wijze van beoordelen en registeren en wijze waarop we de behaalde kwaliteit inzichtelijk willen maken. Hiervoor wordt een gezamenlijk programma opgezet omdat het van belang is dat het ontwikkelde model gedragen wordt door alle partijen, transparant is en voldoet aan eis om de administratieve lasten terug te dringen.

In deze paragraaf lichten we er één<sup>1</sup> onderdeel uit. Het beoordelen van de kwaliteit aan de hand van het behaalde resultaat. Vertrekpunt voor de vormgeving zijn de spelregels zoals we die in hoofdstuk 2 hebben beschreven (nader te ontwikkelen). Dit betekent dat de wijze van beoordeling en registreren een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van arrangementsaanbieder en gemeenten. Bij de verdeling van de verantwoordelijkheid wordt aangesloten bij wijze waarop de verwijzing heeft plaatsgevonden. Is het GT verantwoordelijk voor de verwijzing dan stelt de gemeenten behaalde resultaat in samenspraak met de jeugdige en/of ouders vast.

Is het GT niet de verwijzer dan is de aanbieder degene die het resultaat in samenspraak met de jeugdige en/of ouders vaststelt en hierover verslag doet aan het GT.

De gemeente is degene die hierover controleert/ rapporteert aan de organisatie verantwoordelijk voor het gezamenlijk contractbeheer op kwaliteit. Vanuit contractbeheer wordt op provinciaal en op aanbiedersniveau gemonitord op de behaalde kwaliteitsscore.

Uitgangspunt hierbij is dat de resultaatsscore op het niveau van ondersteuningsprofiel/aanbieder openbaar wordt gemaakt. Daarmee wordt de score op kwaliteit onderdeel van de keuze van klanten/ verwijzers voor een arrangementsaanbieder.

**Samengevat:** Zoals in de aanhef al is aangegeven is de ontwikkeling van een model waarin competitie op kwaliteit wordt gerealiseerd een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de arrangementsaanbieders en de gemeenten. De arrangementsaanbieders zijn verantwoordelijk voor het resultaat van de ondersteuning. De beoordeling van het resultaat is aan het GT. De individuele gemeenten of combinatie van gemeenten zijn verantwoordelijk voor de registratie, facturatie op arrangementsniveau en het leveren van sturingsgegevens. In het inkoopproces wordt hier nadrukkelijk invulling aan gegeven door specifieke afspraken hierover te maken.

#### **Thema 4 Administratieve processen**

Het nieuwe model is niet alleen gericht op de zorginhoudelijke transformatie. Het model moet ook een bijdrage leveren aan het terugbrengen van de administratieve lasten bij zowel de verwijzers, arrangementsaanbieders als de gemeenten. Daarnaast moet het de individuele gemeenten in staat stellen om budgetbeheer uit te voeren.

Belangrijk uitgangspunt bij de ontwikkeling van de administratieve organisatie is dat aansluiting wordt gezocht bij de landelijk ontwikkelde IJw-standaard en infrastructuur voor de gegevensuitwisseling. De ondersteuningsprofielen die ontwikkeld worden en die aansluiten op de IJWMO kunnen niet lokaal als ander product worden gebruikt. Hetgeen betekent dat de regionale inkoop voorrang heeft bij het bepalen welke codering wordt gebruikt voor de regionaal in te kopen ondersteuningsprofielen.

Een tweede belangrijk uitgangspunt is dat het individuele gemeenten mogelijk maakt om binnen de gemeentelijke organisatie zowel het onderhanden werk (omvang van de aangevane verplichtingen) als gefactureerde kosten te beheren. Dit betekent dat er een gestandaardiseerd model moet worden ontwikkeld voor de gegevensuitwisseling tussen arrangementsaanbieder en de betrokken gemeenten.

Een derde uitgangspunt is om invulling te geven aan het gemeenschappelijke contractmanagement

Bij de ontwikkeling van de administratieve processen is het van belang dat alle partijen (verwijzers, arrangementsaanbieders, de gemeenten en de gezamenlijke gemeenten) betrokken worden in de ontwikkeling van de vernieuwing van de administratieve processen. Er moet aandacht zijn voor de implementatietijd die nodig is om binnen de verschillende organisaties de interne administratieve organisatie aan te laten sluiten aan de eisen van het nieuwe administratieve model.

---

<sup>1</sup> Kwaliteit kent in dit kader drie componenten: kwaliteitseisen op grond van de Jeugdwet, voldoen aan contractueel vastgestelde eisen (kwaliteit administratieve organisatie e.d) en kwaliteit in de mate van tevredenheid gebruikers, uitval afhaken en probleem minder of verholpen (behalen resultaat).

**Samengevat.** De inkoop 2018 moet een belangrijke bijdrage leveren aan zowel het terugdringen van de administratieve lasten als de budgetverantwoordelijkheid van de gemeenten hebben een eigen budgetverantwoordelijk. Om dit mogelijk te maken wordt hiervoor in samenwerking met verwijzers, arrangementsaanbieders en gemeenten een administratief model ontwikkeld.

***Thema 5. De gemeentelijke samenwerking en de individuele verantwoordelijkheid van de gemeenten.***

Het inkooptraject 2018 en het beheren van de gemaakte afspraken vereist een namens alle gemeenten werkende organisatie en een juridisch vehikel dat afspraken kan maken en beheren. Op dit moment wordt dat ingevuld door respectievelijk Sociaal Domein Friesland en de gemeenten Leeuwarden op basis van de inkoop 2015 en de daarbij behorende administratieve processen en contractbeheer.

De inkoopstrategie 2018 gaat uit van andere uitgangspunten, een nieuw inkoopproces, andere contractvormen en een andere verdeling tussen verantwoordelijkheden van de individuele gemeenten en de gezamenlijke verantwoordelijkheid en de relatie met aanbieders. Er zal onderzocht moeten worden of de huidige opdracht aan SDF en van de gemeenten Leeuwarden aansluit bij organisatie die nodig is om de het ondersteuningsmodel na 2018 verder door te ontwikkelen. De organisatorische ontwikkeling van het model dient nadrukkelijk meegenomen te worden in de discussie rondom SDF 2018 en verder.

In het onderstaande overzicht wordt een eerste denkrichting gepresenteerd wat op grond van de inkoop 2018 vanaf 1 januari 2018 primair de verantwoordelijkheid zou kunnen worden van de individuele gemeenten en wat een gezamenlijk verantwoordelijkheid zou moeten zijn.

Het overzicht heeft uitsluitend betrekking op de periode vanaf 1 januari 2018 op basis van de te ontwikkelen nieuwe inkoopstrategie 2018 en past bij de punten benoemd in hoofdstuk 2 en staat daarmee nadrukkelijk los van het huidige evaluatieproces rond de centrumregeling en het Sociaal Domein.

Omschrijving activiteit	Gezamenlijke verantwoordelijkheid gemeenten in het kader van de inkoop	Verantwoordelijkheid afzonderlijke gemeenten
<b>Activiteiten</b>		
<b>Algemeen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toezicht op, en beheer van een toereikend en kwalitatief ondersteuningsaanbod binnen het zorglandschap Jeugdwet</li> <li>2. Inkoopstrategie jeugdhulp</li> <li>3. Ontwikkeling en beheer van de gestandaardiseerde gegevensuitwisseling en administratieve organisatie – aanbieders en gemeenten</li> <li>4. Doorontwikkeling competitie op kwaliteit</li> <li>5. Opdrachtgeversrol</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opdrachtgeversrol</li> </ol>
<b>Ondersteuningsprofielen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inkoopproces ondersteuningsprofielen</li> <li>2. Prijsbeleid ondersteuningsprofielen 2019 e.v.</li> <li>3. Contractbeheer kwaliteit (wettelijk en contractueel)</li> <li>4. Contractbeheer op basis van monitor en sturingsgegevens en resultaatsscore</li> <li>5. Borging diversiteit zorgaanbod en arrangementaanbieders</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Financiële administratie</li> <li>2. Budgethouder/beheer</li> <li>3. Resultaatscore (op arrangementsniveau/aanbieder)</li> <li>4. Levering van monitor en sturingsgegevens aan SDF (resultaatscore en ingekochte ondersteuningsprofielen)</li> </ol>
<b>Pleegzorg</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inkoopproces pleegzorg</li> <li>2. Contractbeheer kwaliteit (wettelijk en contractueel)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Financiële administratie</li> <li>2. Budgethouder/beheer</li> <li>3. Levering van monitor en sturingsgegevens aan SDF (omvang pleegzorg)</li> </ol>
<b>Crisis zorg</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inkoopproces crisis zorg</li> <li>2. Budgethouder/beheer (van het door de gezamenlijke gemeenten ter beschikking gestelde budget)</li> <li>3. Contractbeheer kwaliteit (wettelijk en contractueel)</li> <li>4. Contractbeheer op basis van monitor en sturingsgegevens en resultaatsscore</li> </ol>	
<b>Dyslexie</b>	nog niet te bepalen	

**Jeugdbescherming en  
jeugdreclassering (JB en  
JR)**

1. Inkoopproces
2. Budgethouder/beheer (van het door de gezamenlijke gemeenten ter beschikking gestelde budget)
3. Contractbeheer kwaliteit (wettelijk en contractueel)
4. Contractbeheer op basis van monitor en sturingsgegevens

**Samengevat:**

- De keuze voor de ontwikkeling van de inkoop 2018 heeft een enorme organisatorische impact
- Gemeenten hebben kennisgenomen van een aantal veranderingen die lokaal opgepakt moeten worden;
- SDF schrijft een gemeenschappelijk implementatieplan met haar stakeholders waarin aandacht is voor deze lokale implicaties en uitvoering van het nieuwe model.

CONCEPT