

## RAADSINFORMATIEBRIEF

VAN HET COLLEGE VAN B&W  
VOOR de gemeenteraad  
CC  
DATUM 13 februari 2024  
ONDERWERP Inkoopplan jeugd en Wmo 2025

Beste meneer, mevrouw,

De vijf colleges in Midden-Holland zijn akkoord gegaan met het 'inkoopplan jeugd en Wmo 2025'. In het inkoopplan staat hoe we de zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) vanaf 2025 in gaan kopen. Zo zorgen we ervoor dat de inwoners van de vijf gemeenten ook na 1 januari 2025 goede zorg en ondersteuning kunnen krijgen. Dit inkoopplan is een uitwerking van de 'Strategische kaders jeugd & Wmo Midden-Holland 2025'. Dit is in de herfst van 2023 vastgesteld in de vijf gemeenteraden. Bijgevoegd is het volledige inkoopplan.

*De ambitie: regio Midden-Holland koopt een kwalitatief goed hulp- en ondersteuningsaanbod in dat passend, beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar is. We bouwen voort op wat er goed gaat, en veranderen gericht en gefaseerd vanuit zakelijk partnerschap met onze aanbieders.*

Belangrijke veranderingen ten opzichte van de huidige inkoopperiode zijn:

- Het werken met segmenten, waarbij de contracten uitgesplitst zijn in twaalf duidelijk afgebakende en stuurbare contracten. Dit zorgt voor meer focus in de overeenkomsten, zodat er gestuurd kan worden op de realisatie van de bestuurlijke ambities. De cliënten ondervinden geen hinder van deze juridische constructie. Het werken met variatie in contracttermijnen biedt ruimte om contracten door te ontwikkelen en dit te faseren in de tijd.
- Verbeteren van de sturing en grip en het komen tot een overzichtelijker zorglandschap. De toelatingscriteria worden aangescherpt. Voor de hoog-specialistische jeugdhulp en beschermd wonen wordt niet met open house gewerkt, maar gekozen voor langdurige partnerrelaties met een beperkt aantal aanbieders. Sturing op kwaliteit staat centraal. Bij de open house-contracten wordt bij contractverlenging gekeken naar het functioneren van individuele aanbieders en de mogelijkheid ingebouwd per aanbieder te besluiten niet te verlengen. De vernieuwing wordt gefaseerd vormgegeven: per 2025 ligt de focus op het contract voor de hoog-specialistische jeugdzorg. Hier gaan we naar minder aanbieders om de samenwerking tussen en verantwoordelijkheid van aanbieders te vergroten om de zorg voor de meest kwetsbare kinderen in Midden-Holland te verbeteren. Ook maken we de toegang voor dit segment eenduidig met een verwijstafel, zodat er geen jeugdigen tussen wal en schip vallen.
- Het inkoopplan bevat conform de raadsaders geen bezuinigingsdoelstelling. Wel staat kostenbewustzijn- en beheersing centraal en worden randvoorwaarden neergezet om te kunnen sturen op zowel kosten als kwaliteit. Het uitgangspunt is dat de inzet op kwalitatief goede hulp uiteindelijk ook de meest voordelige hulp is. Bij een gelijke zorgvraag zullen de totale kosten licht stijgen. De gemiddeld hogere tarieven zijn een gevolg van gestegen salarissen en indexering en van kwalitatieve keuzes (groepsgrootte, inzet personeel).
- Processen en afspraken tussen gemeenten en aanbieders en tussen gemeenten en RWO worden aanscherpt, geüniformeerd en verduidelijkt.
- De vijf gemeenten en RWO hanteren dezelfde definities over regie. Casusregie is de verantwoordelijkheid van de aanbieder en onderdeel van de ingekochte dienst. Procesregie ligt in beginsel bij het lokale team (sociaal team, toegangsteam) of gecertificeerde instelling of zorg- en veiligheidshuis (HECHT).
- We voeren vanaf 2025 de contractstandaarden jeugd en Wmo van de VNG in, om administratieve lasten bij aanbieders te verminderen en bij te dragen aan eenduidigheid in het toch al ingewikkelde stelsel.
- In het kader van het werken met reële tarieven worden twee vormen van tariefdifferentiatie toegepast:

1277665 / 1289224



1. Afhankelijk van de CAO en 2. Aanbieder-specifiek voor diensten waar veel variatie zit in de doelgroep en/of leveringsvorm. Daarnaast wordt een apart tarief gehanteerd voor micro-ondernemingen.

### Lokale implicaties

De gemiddelde stijging van de tarieven bedraagt in totaal 7%. Daarbij is het goed te beseffen dat hierin ook indexatie is verwerkt die zonder nieuw inkoopplan ook als opslag op de tarieven zou komen. Een beoordeling van de netto stijging van tarieven zonder invloed van de gemiddelde indexatie over 2024 en 2025 zou op 3% uitkomen. De financiële consequenties worden verwerkt in de kadernota 2025 en worden aan u voorgelegd via de reguliere P&C cyclus.

### Regionale moties

Bij het opstellen van het inkoopplan zijn de regionale moties op het kaderdocument betrokken. Hiermee kunnen de moties als afgehandeld worden beschouwd. Voor de motie 'inkooppkaders innovatieve zorg' stellen de colleges in 2024 de gevraagde visie op en delen deze ter informatie met de gemeenteraden. In onderstaand overzicht is opgenomen op welke wijze de motie verwerkt is in het inkoopplan.

Motie	Inkoopplan
<p><b>Ervaringen zorgaanbieders.</b> In het inkoopbeleid ook rekening te houden met de ervaringen met de zorgverleners in het verleden, zoals het zich houden aan gemaakte afspraken en de kwaliteit van de geleverde zorg.</p>	<p>Toelatingscriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Afgelopen 3 jaar is geen contract geheel of gedeeltelijk ontbonden, opgezegd of geweigerd;</li> <li>Aanbieder heeft voor elk product waar op zij inschrijft in de afgelopen 2 jaar een nader te bepalen aantal trajecten zelfstandig en naar tevredenheid uitgevoerd.</li> </ul>
<p><b>Alternatieve inkoop Jeugdzorg plus.</b> In te zetten op een alternatief voor de Jeugdzorg Plus in de vorm van kleinschalige (woon)voorzieningen in de eigen omgeving met de bijbehorende financiering, zodat er met een vast team van medewerkers de stabiliteit, veiligheid en continuïteit van zorg en onderwijs kan worden geboden.</p>	<p>In afwijking van de andere contracten in het gedwongen kader wordt dit contract afgesloten voor twee jaar, met één jaar stilzwijgend verlengen met beide huidige aanbieders. In de contracten komt een bepaling dat deze opgezegd kunnen worden indien landelijk beleid hier aanleiding toe geeft. De reeds gestarte pilots worden voortgezet en waar nodig zijn groepsgroottes verkleind, zodat kleinschaligere voorzieningen ontstaan.</p>
<p><b>Sturen op leren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Een inkoopplan en inkoopstrategie te ontwikkelen die stuurt op leren en daardoor verbetering stimuleert en niet tot (vooraf bekende) perverse prikkels en onbedoelde effecten leidt;</li> <li>Hierbij niet alleen gebruik te maken van ervaring, maar ook van relevante literatuur en experts.</li> </ul>	<p>Met de nieuwe contractstructuur wordt een stap gezet om structureel te ontwikkelen en te leren en ruimte te bieden voor innovatie. Het wordt structureel ingebed in het contact met de aanbieders tijdens individuele contractmanagementgesprekken en in een passende overlegstructuur per contract. Waarbij de strategische tafels geïntroduceerd worden. Voor Hoog specialistische jeugdhulp en wonen Wmo wordt met kleine groepen aanbieders gewerkt om gevoel van 'samen verantwoordelijk' te realiseren.</p>
<p><b>Aanbestedingstermijn</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bij een aanbesteding van een gecertificeerde instelling ter uitvoering van de jeugdbescherming de instrumenten uit de inkoopkaders ten volste te benutten om maximaal te sturen op duurzame kwaliteitsverbetering;</li> <li>De contracten voor jeugdbescherming niet direct voor de volledige 10 jaar aan te gaan maar te werken met de mogelijkheid om te verlengen als de overeengekomen doelstellingen voor kwaliteitsverbetering zijn behaald;</li> <li>De raad minimaal jaarlijks te informeren over de afgesproken en bereikte kwaliteitsverbetering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er worden afspraken gemaakt waarmee gestuurd kan worden op duurzame kwaliteitsverbetering;</li> <li>Looptijd is initieel 3 jaar, met verlengingen van achtereenvolgens 3, 2 en 2 jaar. In de contracten komt een bepaling dat deze opgezegd kunnen worden indien landelijk beleid hier aanleiding toe geeft. Opzegging is mogelijk na elke verlengingstermijn (dus na 3,6,8 en 10 jaar) indien lokale ontwikkelingen daar aanleiding toe geven;</li> <li>Laatste bullet wordt opgenomen in jaarprogramma RWO.</li> </ul>
<p><b>Evaluatie inkoop</b> De raden in positie te brengen door het invoeren van een evaluatiecyclus, bestaande uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terugkoppeling over de voortgang via de</li> </ul>	<p>De colleges hebben besloten op genoemde momenten een evaluatie uit te voeren. Via de jaarrapportage van RWO worden de gemeenteraden geïnformeerd over de voortgang.</p>



<p>reguliere P&amp;C cyclus;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gedurende de inkoopperiode 3 jaar een uitgebreide evaluatie en analyse op te stellen op basis waarvan bijstellen van de inkoopkaders mogelijk is als de situatie daarom vraagt. Deze evaluatie vindt plaats in de jaren 2027, 2030 en 2033 en gaat dan steeds over de gehele inkoopperiode vanaf 2025.</li> </ul>	
<p><b>Overgang 18-/18+</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bij de inkoop te regelen dat 'verlengde hulp' voor jongeren (die ook na hun 18de nog hulp nodig hebben) zonder belemmeringen georganiseerd wordt;</li> <li>Bij de inkoop-, voortgangs- en verantwoordingsgesprekken de inzet en bereidheid van aanbieders (om samen met hulpvragers te overleggen in het belang van de hulpvrager) actief te betrekken en als een kwaliteit te benoemen;</li> <li>In de inkoopkaders vast te leggen dat aanbieders met jongeren in de jeugdhulp vanaf hun 17e een toekomstplan maken waaruit handelingsacties voortkomen voor het leven na hun 18e levensjaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wettelijk is geregeld waar verlengde jeugdhulp mogelijk is. Specifiek voor deze doelgroep zijn ook producten opgenomen om de overgang te versoepelen, waaronder een kamertrainingscentrum voor 18+;</li> <li>Duidelijkere afspraken over wie verantwoordelijk is voor proces- en casusregie;</li> <li>Op te nemen in aanpak contractmanagement;</li> <li>Opnemen Toekomstplan als verplicht document bij 16+ met inzet langdurige zorg.</li> </ul>
<p><b>Inkoopkaders innovatieve zorg</b> De raad voor januari 2025 een visie aan te bieden die ingaat op het spanningsveld tussen bewezen effectieve zorg en innovatieve zorg, waarmee de visie richting geeft voor het afwegingskader bij de keus tussen effectieve zorg en innovatieve zorg.</p>	<p>Aan deze motie wordt later invulling gegeven.</p>
<p><b>Inkoopkaders Regierol</b> In de inkoopkaders helder vast te leggen dat de regierol wordt uitgevoerd</p>	<p>In het inkoopplan is een duidelijke omschrijving en taakverdeling over proces- en casusregie opgenomen conform methodiek 1 Gezin 1 Plan 1 Regisseur.</p>

Bijlagen RIB: Inkoopplan jeugd en Wmo 2025

Met vriendelijke groet,  
burgemeester en wethouders van Krimpenerwaard,

de secretaris,

de burgemeester,

J. Hennip

ir. J. Beenakker

# Inkoopplan Jeugd en Wmo 2025

26 januari 2024

## Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Hoofdpijnen inkoop 2025	6
3	Beleidskader	9
3.1	Wettelijk kader	9
3.2	Doelen Kaderdocument	9
3.3	Regionale samenwerking	10
3.4	Moties	10
3.5	Prioriteren en faseren	11
3.6	Leren & ontwikkelen	12
4	Van (beleids-)segmenten naar (inkoop)contracten	13
4.1	Wat betekent segment gebaseerd inkopen?	13
4.2	Ontwerp van de inkoop 2025 en verder	14
4.3	Productenboek	15
4.4	Sturen op kwaliteit	15
5	De inkoopinstrumenten	20
5.1	Contracten	20
5.2	Leveranciersmanagement	22
5.3	Bekostiging	25
5.4	Toegang	30
6	Inkoopprocedures: uitwerking per contract	34
6.1	Contract Jeugdbescherming en Jeugdreclassering	34
6.2	Contract JeugdzorgPlus	34
6.3	Contract Forensische GGZ	35
6.4	Contract Crisisdienst	36
6.5	Contract Hoog specialistisch – Jeugd	37
6.6	Contract Wonen – Jeugd en jongvolwassenen	39
6.7	Contract Wonen – Wmo	40
6.8	Contract Ambulant – Jeugd & contract Ambulant Wmo	41
6.9	Contract Dagbesteding – Jeugd & contract dagbesteding en logeren Wmo	43
6.10	Contract Hulp bij huishouden – Wmo	44
7	Uitvoering inkooptrajecten en overdracht 2024-2025	45
7.1	Planning	45
7.2	Besluitvorming tijdens inkooptrajecten	45

7.3	Taken en verantwoordelijkheden	46	
7.4	Implementatie		48
7.5	Overgangsbeleid		49
Bijlage 1.	Open House en SAS-aanbesteding		51
Bijlage 2.	Regiekaart 1 Gezin 1 Plan 1 Regisseur		52

## 1 Inleiding

De vijf gemeenten in de Regio Midden-Holland kopen al geruime tijd samen het hulp- en ondersteuningsaanbod in vanuit de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De huidige overeenkomsten met aanbieders voor de maatwerkvoorzieningen jeugd en Wmo lopen 31 december 2024 ten einde. De kaders voor de nieuwe inkoopperiode zijn vastgesteld door de vijf gemeenteraden in het kaderdocument inkoop. Deze kaders zijn uitgewerkt en geoperationaliseerd in dit inkoopplan jeugd en Wmo 2025, op basis waarvan ook voor de periode na 2025 de beschikbaarheid van zorg voor de inwoners van Midden-Holland georganiseerd wordt.

Met dit inkoopplan doen de gemeenten recht aan de grote verscheidenheid aan in te zetten zorg, en de ambities die de vijf gemeenten op deze verschillende segmenten hebben.

### Elementen in het inkoopplan

Inkopen van zorg is een complex proces. Het is een samenspel van zorgaanbieders, regionaal samenwerkende gemeenten, verwijzers, ten dienste van de inwoner. Dat maakt dat dit plan enerzijds bestaat uit de concrete keuzes op de vier inkoopinstrumenten, maar in dit plan is ook aandacht voor de wijze waarop de taken, verantwoordelijkheden en werkprocessen met elkaar ingericht worden. De inkoop is slechts het begin, het geheel moet vooral gaan werken, zodat de inwoner/jeugdige de zorg krijgt die passend is en betaalbaar blijft.

De vier inkoopinstrumenten (contract, leveranciersmanagement, bekostiging en toegang) interacteren met elkaar. Niet alleen aan het begin, maar gedurende de looptijd. Dat maakt dat ook hier aandacht nodig is om de inkoop te laten werken.

### Inkoop in beweging

De ambities in het kaderdocument zijn voor de komende tien jaar. Deze ambities worden gefaseerd gerealiseerd, waarbij er tijd is om bij te sturen op het zorglandschap, op landelijke ontwikkelingen, en natuurlijk de zorgvraag. Want als er iets in beweging is, is het wel het sociaal domein! Daarbij is capaciteit van zowel gemeenten, zorgaanbieders als toegang niet oneindig en is focus aanbrengen dus van belang. De opgaven die niet direct bij aanvang in 2025 worden ingeregeld, zijn benoemd als ontwikkelopgaven. Hierbij gaan de colleges samen met aanbieders de komende jaren aan de slag om het zorgaanbod ook op langere termijn passend, beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar te houden.

### Totstandkoming Inkoopplan

De regionale werkorganisatie sociaal domein (RWO) werkt in opdracht van de vijf gemeenten (Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Krimpenerwaard, Waddinxveen en Zuidplas). Het inkoopproces wordt door de RWO getrokken, waarbij de afstemming met de lokale gemeenten cruciaal is om tot goede aansluiting van het aanbod en implementatie te komen. Voor de totstandkoming van dit inkoopplan en de uitvoering van de inkooptrajecten, is een multi-functioneel projectteam samengesteld waarin medewerkers van RWO samenwerken en in afstemming met de lokale gemeenten tot dit plan zijn gekomen. Een drietal uitvoeringstoetsen zijn gehouden om te zorgen dat dit ook gaat werken en de ervaringen uit de uitvoering te betrekken bij de planvorming.

Ook de gemeenteraden zijn betrokken bij dit plan: de potloodschets is gedeeld en gepresenteerd aan de gemeenteraden met mogelijkheid om daarop te reageren.

Daarnaast zijn ook de aanbieders betrokken: via twee brede schriftelijke marktconsultaties op het productenboek en op de parameters voor de tarieven. Verder is op een aantal segmenten gericht met een representatieve selectie van aanbieders gesprekken gevoerd over specifieke onderwerpen en zijn gerichte vragen gesteld aan specifieke aanbieders voor het ophalen van informatie over de dagelijkse werkwijze om kostprijzen te kunnen berekenen.

Ook is een aantal keer gesproken met een vertegenwoordiging van de vijf adviesraden, waarbij specifiek is gesproken over de thema's ervaringsdeskundigheid, cliëntervaring en kwaliteit. Ook de komende maanden zullen zij betrokken blijven bij het proces. In de wijze van implementatie ligt vaak het verschil voor de inwoner.

### Leeswijzer

Het inkoopplan is als volgt opgebouwd:

- Allereerst een beeld op hoofdlijnen met daarin een overzicht van de belangrijkste keuzes en veranderingen (Hoofdstuk 2).
- Het beleidskader met aandacht voor leren & ontwikkelen en prioriteren & faseren (Hoofdstuk 3).
- De nieuwe situatie met de vertaling van segmenten naar contracten (Hoofdstuk 4) en een uitwerking van de vier inkoopinstrumenten (Hoofdstuk 5).
- De inkoopprocedures met een uitwerking per contract op de inkoopinstrumenten en ontwikkelopgaven (Hoofdstuk 6).
- Vervolgens in hoofdstuk 7 de planning van de inkooptrajecten, besluitvormingsbevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden en de implementatie.
- Tot slot een bijlage met nadere informatie over verschillen tussen de inkoopprocedures en een bijlage met de regiekaart.



## 2 Hoofdpijnen inkoop 2025

Het inkoopplan is een uitwerking van het kaderdocument inkoop 2025 dat in het najaar door de vijf gemeenteraden is vastgesteld. We bouwen voort op wat er goed gaat, en veranderen gericht en gefaseerd vanuit zakelijk partnerschap met onze aanbieders. In dit inkoopplan is de inkoopstrategie rondom Jeugdhulp en Wmo beschreven voor de contracten die in gaan per 1 januari 2025. Het is een nadere uitwerking ('HOE') van het Kaderdocument Inkoop 2025 waarin de ambities en doelen opgenomen zijn.

**Ambitie:** regio Midden-Holland koopt een kwalitatief goed hulp- en ondersteuningsaanbod in dat passend, beschikbaar, toegankelijke en betaalbaar is.

- We behouden het goede en voeren gericht verbeteringen door.
- De toegang en financiering blijven een lokale verantwoordelijkheid.
- Versterken van de sturing.
- We sturen op kwaliteit & effectiviteit.
- Uitvoerbaarheid en zorgcontinuïteit zijn leidend.

Met de uitvoering van dit inkoopplan worden deze doelen niet vanzelfsprekend gerealiseerd: de contracten faciliteren de verandering. Het daadwerkelijk innoveren en veranderen zal tijdens de contracten gerealiseerd moeten worden in een samenspel tussen aanbieders, RWO en de vijf gemeenten. Met dit inkoopplan kunnen niet alle ontwikkel- en innovatiewensen direct per 2025 gerealiseerd worden. De contractstructuur geeft wel veel ruimte om gefaseerd ontwikkelopgaven op te pakken de komende jaren.

Dit inkoopplan gaat over de inkoop van maatwerkvoorzieningen. Deze zijn aanvullend op het lokale voorliggende aanbod. Het betreft de inkoop van de volgende productcategorieën:

- Gedwongen kader: jeugdbescherming & jeugdreclassering, jeugdzorgPlus en forensische GGZ (jeugdwet)
- Hoog-specialistische jeugdhulp (zowel ambulante als met verblijf; jeugdwet)
- Pleegzorg, gezinshuizen en kleinschalige woonvormen voor jeugdigen (jeugdwet)
- Ambulante GGZ-behandeling voor jeugdigen, jeugd en opvoedhulp (jeugdwet)
- Begeleiding, dagbesteding (inclusief vervoer) en logeerverblijf voor jeugdigen en volwassenen (jeugdwet en Wmo)
- Beschermd wonen, beschermd wonen en ambulante alternatieven (Wmo)
- Hulp bij het huishouden (Wmo)
- En in beperkte mate de crisisdienst. De uitgangspunten en kaders van dit inkoopplan zijn van toepassing, maar daadwerkelijke inkoop vindt nu nog niet plaats.

Belangrijke veranderingen ten opzichte van de huidige inkoopperiode zijn:

1. **Het werken met segmenten**, waarbij de contracten uitgesplitst zijn in twaalf duidelijk afgebakende en stuurbare contracten. Dit zorgt voor meer focus in de overeenkomsten, zodat er gestuurd kan worden op de realisatie van de bestuurlijke ambities. De inwoners ondervinden geen hinder van deze juridische constructie. Het werken met variatie in contracttermijnen biedt in de toekomst ruimte om contracten door te ontwikkelen en dit te faseren in de tijd. Hiermee kan de werklast voor zowel gemeenten als aanbieders in de tijd gespreid worden. Voorwaarde is dat niet alle verlengingsopties benut worden.

2. **Verbeteren van de sturing en grip en het komen tot een overzichtelijker zorglandschap.** De toelatingscriteria worden aangescherpt. Voor de hoog-specialistische jeugdhulpzorg en beschermd wonen wordt niet met een 'Open House'-contract gewerkt, maar gekozen voor langdurige partnerrelaties met een beperkt aantal aanbieders. Sturing op kwaliteit staat centraal. Bij de Open House-contracten wordt bij contractverlenging gekeken naar het functioneren van individuele aanbieders en de mogelijkheid ingebouwd per aanbieder te besluiten niet te verlengen. De toelatingscriteria worden aangescherpt. Het werken met variatie in contracttermijnen biedt in de toekomst ruimte om contracten door te ontwikkelen en dit te faseren in de tijd.
3. **De vernieuwing wordt gefaseerd vormgegeven.** Vanaf 2025 ligt de focus op het contract voor de hoog-specialistische jeugdzorg. Hier gaan we naar minder aanbieders om de samenwerking tussen en verantwoordelijkheid van aanbieders te vergroten om de zorg voor de meest kwetsbare kinderen in Midden-Holland te verbeteren. Ook maken we de toegang voor dit segment eenduidig met een verwijstafel zodat er geen jeugdigen tussen wal en schip geraken.
4. Het inkoopplan bevat conform de raadsaders **geen bezuinigingsdoelstelling**. Wel staat **kostenbewustzijn** centraal en worden randvoorwaarden neergezet om te kunnen sturen op zowel kosten als kwaliteit. Het uitgangspunt is dat de inzet op kwalitatief goede hulp uiteindelijk ook de meest voordelige hulp is.
5. **Processen en afspraken** tussen gemeenten en aanbieders en tussen gemeenten en RWO worden aanscherpt, geuniformeerd en verduidelijkt. Er zijn duidelijke escalatieprocessen, zakelijke discussies en uitzonderingscontracten zijn taak van RWO.
6. **De vijf gemeenten en RWO hanteren dezelfde definities over regie.** Casusregie is verantwoordelijkheid van de aanbieder en onderdeel van de ingekochte dienst. Procesregie is verantwoordelijkheid van de gemeente.
7. We voeren vanaf 2025 de **contractstandaarden jeugd en Wmo** van de VNG in, om administratieve lasten bij aanbieders te verminderen en bij te dragen aan eenduidigheid in het toch al ingewikkelde stelsel.
8. In het kader van het werken met reële tarieven worden twee vormen van **tariefdifferentiatie** toegepast: 1. Afhankelijk van de CAO en 2. Aanbieder-specifiek voor diensten waar veel variatie zit in de doelgroep en/of leveringsvorm. Daarnaast wordt voor micro-ondernemingen gerekend met lagere overheadkosten.
9. Voor de inkoop van producten in het gedwongen kader wordt zoveel mogelijk aangesloten op de **bovenregionale samenwerking** en afspraken.
10. RWO werkt een **beleidskader uit voor ontwikkelopgaven en innovatie**. Hierbij is aandacht voor de verschillende soorten innovatie die nodig zijn om de doelstellingen uit het kaderdocument te realiseren: verbetering op producten/ samenwerking (kwaliteit), verbetering op kosten, verbetering op specifieke knelpunten (arbeidsmarkt, wachtlijsten).

Elk contract kent zijn eigen specificaties, doelen en aanpak. In figuur 1 is een totaaloverzicht opgenomen met de keuzes op inkoopprocedure, looptijd, bekostiging, toegang en leveranciers.

	Jeugd					Wmo				
	Gedwongen kader									
	Jeugdbescherming & Jeugdreclassering	Crisisdienst	Hoog-specialistisch	Wonen	Ambulant	Dagbesteding	Wonen	Ambulant	Dagbesteding en logeren	Hulp bij huishouden
	JeugdzorgPlus				Vervoer	Vervoer			Vervoer	
	Forensische GGZ		Consultatie							
Procedure	Enkelvoudig onderhands	Niet van toepassing	Aanbesteding dialoog	Open House (gesloten)	Open House (gesloten)	Open House (gesloten)	Aanbesteding dialoog	Open House (gesloten)	Open House (gesloten)	Open House (gesloten)
Looptijd	3 jaar + (JZ+ 2+8*1) 3+ 2+2	Niet van toepassing	4 jaar + 4 + 2 jaar	5 jaar + 3 + 2 jaar	3 jaar + 2+2+2+1 jaar	2 jaar + 8 * 1 jaar	5 jaar + 3+2 jaar	3 jaar + 2+2+2+1 jaar	2 jaar + 8 * 1 jaar	2 jaar + 4 * 2 jaar
Bekostiging	p*q	lump sum	p*q lump sum	p*q	p*q	p*q	p*q	p*q	p*q	p*q
Toegang	Gl en lokaal	Via aanbieder?	Lokaal of verwijstafel	Lokaal	Lokaal	Lokaal	Regionaal/ lokaal	lokaal	lokaal	lokaal
Leveranciers	Strategische aanbieders	3-6 aanbieders	Strategische en niche aanbieders	Grote en middelgrote aanbieders	Kleine, middelgrote en grote aanbieders	Kleine, middel en grote aanbieders	Strategische aanbieders	Kleine, middel en grote aanbieders	Kleine, middel en grote aanbieders	Kleine, middel en grote aanbieders

Figuur 1: overzicht contracten

## 3 Beleidskader

### 3.1 Wettelijk kader

Zowel voor Jeugdhulp als Wmo zijn diverse wetten, regelingen en Algemene Maatregelen van Bestuur van toepassing. Deze vormen een bovenliggend kader waarbinnen de regionale doelen vormgegeven worden.

De belangrijkste documenten en regelingen waarbinnen dit inkoopplan vormgegeven is, zijn:

- Jeugdwet
- Wet maatschappelijke ondersteuning
- Hervormingsagenda Jeugd
- AMvB Wmo Reële tarieven
- VNG contractstandaarden Jeugd en Wmo
- Bestuurlijke afspraken landelijk tarief en bekostiging jeugdbescherming en jeugdreclassering
- Bovenregionaal plan jeugdzorgPlus
- Aanbestedingswet

### 3.2 Doelen Kaderdocument

Het Kaderdocument 'Inkoop 2025' is vastgesteld in de vijf gemeenteraden. Daarmee is de beleidsrichting voor de inkoop van Jeugd en Wmo definitief.

**Ambitie:** regio Midden-Holland koopt een kwalitatief goed hulp- en ondersteuningsaanbod in dat passend, beschikbaar, toegankelijke en betaalbaar is.

De centrale ambitie is vertaald naar een aantal uitgangspunten:

#### **1. We behouden het goede en voeren gericht verbeteringen door**

Verandering kost tijd. Er ligt een mooie basis, waarin al veel ontwikkelingen in gang gezet zijn. Nu zorgen voor borgen, terugbrengen overzicht met heldere processen en informatie en voor contracten die ruimte bieden om te blijven leren en ontwikkelen.

#### **2. De toegang en financiering blijven een lokale verantwoordelijkheid**

Hiermee ligt de sturing op de inzet van zorg primair lokaal.

#### **3. Versterken van de sturing**

- Verbeteren samenhang tussen de inkoopinstrumenten: bekostiging, toegang, contract en leveranciersmanagement.
- Overzichtelijk zorglandschap.
- Segmenteren, zodat passende keuzes voor een cluster van producten gemaakt kunnen worden.

#### **4. We sturen op kwaliteit & effectiviteit**

Door aanscherpen toelatingscriteria en kwaliteitseisen en bevorderen van uitstroom en samenwerking tussen partijen.

## 5. Uitvoerbaarheid en zorgcontinuïteit zijn leidend

Eén van de uitdagingen voor de inkoop 2025 is het vinden van evenwicht tussen een overzichtelijk aantal aanbieders waarop goed en efficiënt gestuurd kan worden en het bieden van voldoende keuzevrijheid voor de inwoner. Per contract wordt deze afweging telkens opnieuw gemaakt.

Het kaderdocument gaat niet uit van een besparing. In de contractering is een continu kostenbewustzijn en het creëren van handvatten en borging hiervan wel onderdeel.

### 3.3 Regionale samenwerking

Om 'het goede te behouden' en de continuïteit zoveel mogelijk te kunnen borgen, zetten de vijf gemeenten de samenwerking rond de inkoop jeugdhulp en Wmo voort. Het betreft een langdurige samenwerking vanaf 2025, waarin ruimte wordt geboden om de inkoop voor wederom 10 jaar te kunnen realiseren. Dit commitment maakt het mogelijk om beleidskeuzes voor de lange termijn te maken en langdurige inkooprelaties aan te gaan.

De afspraak dat elke gemeente zelf verantwoordelijk is voor de financiering van het hulp- en ondersteuningsaanbod voor haar inwoners blijft behouden.

- De vijf gemeenten zijn financieel verantwoordelijk voor hun eigen inwoners.
- Vooralsnog blijven de vijf gemeenten beschermd wonen gezamenlijk uitvoeren.

Deze lijnen zijn vastgesteld door de gemeenteraden in het kaderdocument inkoop 2025.

### 3.4 Moties

Bij de vaststelling van het Kaderdocument zijn de volgende moties regionaal<sup>1</sup> vastgesteld:

1. Ervaringen zorgaanbieders. In het inkoopbeleid ook rekening te houden met de ervaringen met de zorgverleners in het verleden zoals, het zich houden aan gemaakte afspraken en de kwaliteit van de geleverde zorg.
2. Alternatieve inkoop Jeugdzorg plus. In te zetten op een alternatief voor de Jeugdzorg Plus in de vorm van kleinschalige (woon)voorzieningen in de eigen omgeving met de bijbehorende financiering, zodat er met een vast team van medewerkers de stabiliteit, veiligheid en continuïteit van zorg en onderwijs kan worden geboden.
3. Sturen op leren:
  - Een inkoopplan en inkoopstrategie te ontwikkelen die stuurt op leren en daardoor verbetering stimuleert en niet tot (vooraf bekende) perverse prikkels en onbedoelde effecten leidt;
  - Hierbij niet alleen gebruik te maken van ervaring, maar ook van relevante literatuur en experts.
4. Aanbestedingstermijn:
  - Bij een aanbesteding van een gecertificeerde instelling ter uitvoering van de jeugdbescherming de instrumenten uit de inkoopkaders ten volste te benutten om maximaal te sturen op duurzame kwaliteitsverbetering;
  - De contracten voor jeugdbescherming niet direct voor de volledige 10 jaar aan te gaan maar te werken met de mogelijkheid om te verlengen als de overeengekomen doelstellingen voor kwaliteitsverbetering zijn behaald;
  - De raad minimaal jaarlijks te informeren over de afgesproken en bereikte kwaliteitsverbetering.

---

<sup>1</sup> Dat betekent dat de motie in tenminste drie van de vijf gemeenten aangenomen is.

5. Evaluatie inkoop. De raden in positie te brengen door het invoeren van een evaluatiecyclus, bestaande uit:
  - Terugkoppeling over de voortgang via de reguliere P&C cyclus
  - Gedurende de inkoopperiode 3 jaarlijks een uitgebreide evaluatie en analyse op te stellen op basis waarvan bijstellen van de inkoopkaders mogelijk is als de situatie daarom vraagt. Deze evaluatie vindt plaats in de jaren 2027, 2030 en 2033 en gaat dan steeds over de gehele inkoopperiode vanaf 2025.
6. Overgang 18-/18+
  - Bij de inkoop te regelen dat ‘verlengde jeugdhulp’ voor jongeren (die ook na hun 18de nog hulp nodig hebben) zonder belemmeringen georganiseerd wordt.
  - Bij de inkoop-, voortgangs- en verantwoordingsgesprekken de inzet en bereidheid van aanbieders (om samen met concullega’s te overleggen in het belang van de hulpvrager) actief te betrekken en als een kwaliteit te benoemen.
  - In de inkoopkaders vast te leggen dat aanbieders met jongeren in de jeugdhulp vanaf hun 17e een toekomstplan maken waaruit handelingsacties voortkomen voor het leven na hun 18e levensjaar.
7. Inkoopkaders innovatieve zorg. De raad voor januari 2025 een visie aan te bieden die ingaat op het spanningsveld tussen bewezen effectieve zorg en innovatieve zorg, waarmee de visie richting geeft voor het afwegingskader bij de keus tussen effectieve zorg en innovatieve zorg.
8. Inkoopkaders Regierol. In de inkoopkaders helder vast te leggen dat de regierol wordt uitgevoerd

### 3.5 Prioriteren en faseren

Het is in de huidige context binnen het sociaal domein niet haalbaar om alle ambities al per 1 januari 2025 gerealiseerd te hebben. Het realiseren van genoemde ambities vraagt een flinke inzet van alle betrokken partijen. De uitvoerbaarheid en zorgcontinuïteit zijn leidend geweest in de opzet van dit inkoopplan.

De contracten zijn faciliterend aan het realiseren van de doelen: soms direct door het inzetten van toelatingscriteria om kwaliteit van zorg te borgen, soms indirect door een kleinere groep aanbieders te contracteren waardoor het mogelijk is om sneller en gericht te overleggen en daardoor te innoveren. In dat laatste geval worden de doelstellingen tijdens de contractduur gerealiseerd.

De prioriteit is gelegd bij het segment Hoog Specialistisch (incl. verblijf met behandeling). Hierin zitten onze meest kwetsbare kinderen en zien we de meeste urgentie om knelpunten aan te pakken.

Ook in de andere contracten worden stappen voorwaarts gemaakt, maar minder vergaand. Voor dagbesteding bestaat de wens om te kijken of verdergaande veranderingen bij kunnen dragen aan beheersing van de kosten en hoe meer verbinding gelegd kan worden met het gewone leven, onderwijs en de eigen omgeving. Hier is gekozen voor een relatief korte contractduur, zodat een volgende stap snel gezet kan worden.

### 3.6 Leren & ontwikkelen

Met de nieuwe contractstructuur wordt een stap gezet om structureel te ontwikkelen en te leren en ruimte te bieden voor innovatie. Het afsluiten van de contracten is bovendien pas het begin van de samenwerking. In het leveranciersmanagement wordt op basis van monitorgegevens gestuurd op de contracten en ontwikkelingen in het zorgaanbod vormgegeven in samenwerking met aanbieders. Waar nodig kan de ingekochte zorg in de komende jaren worden bijgesteld, passend bij de zorgvraag en de ontwikkelingen bij zorgaanbieders of landelijk beleid.

Een kans ligt er in deze regio voor innovatie: als relatief kleine regio èn met een beleidsrijke regionale samenwerking is het mogelijk om snel pilots en andere projecten te introduceren. Dat maakt deze regio aantrekkelijk voor innovatieve aanbieders. Dit is de afgelopen jaren dan ook veelvuldig gebeurd. Kanttekening hierbij is dat in de voorbereidingsfase van dergelijke innovaties reeds nagedacht moet worden hoe deze innovaties hun beslag kunnen krijgen in de contracten.

RWO werkt een beleidskader uit voor ontwikkelopgaven en toekomstige innovaties. Dit kan als onderdeel van het jaarprogramma of separaat. In dit kader wordt opgenomen hoe in de toekomst omgegaan wordt met innovatie en ontwikkelopgaven. Waarbij prioritering en fasering in de tijd meegenomen worden, evenals de samenhang tussen de innovatietrajecten en pilots door het opstellen van een toetsingskader. Hierbij is aandacht voor de verschillende soorten innovatie die nodig zijn om de doelstellingen uit het kaderdocument te realiseren: verbetering op producten/samenwerking (kwaliteit), verbetering op kosten, verbetering op specifieke knelpunten (arbeidsmarkt, wachtlijsten). Dit moet leiden tot meer structuur en overzicht in lopende pilots en projecten. In het kader wordt een voorstel opgenomen om via het jaarprogramma van RWO structureel budget op te nemen voor innovatie en ontwikkeling. Tot slot is in dit kader conform een motie van de gemeenteraden aandacht voor het spanningsveld tussen bewezen effectieve zorg en innovatieve zorg, waarmee de visie richting geeft voor het afwegingskader bij de keus tussen effectieve zorg en innovatieve zorg.

Innovatie kan zowel door grote als kleinere aanbieders aangeboden worden en is een onderdeel van het leveranciersmanagement. Het is expliciet niet in de tarieven opgenomen, zodat aanbieders gericht bij innovatietrajecten betrokken kunnen worden. Innovatie op kostenbesparing en efficiënte bedrijfsvoering wordt van elke aanbieder verwacht en behoort tot de reguliere bedrijfsvoering. Een aandachtspunt is dat voorkomen moet worden dat elke aanbieder innovatie zelfstandig ontwikkelt waardoor deze niet breder opgenomen kan worden door andere aanbieders of niet in lijn is met andere ontwikkelingen in het zorglandschap.

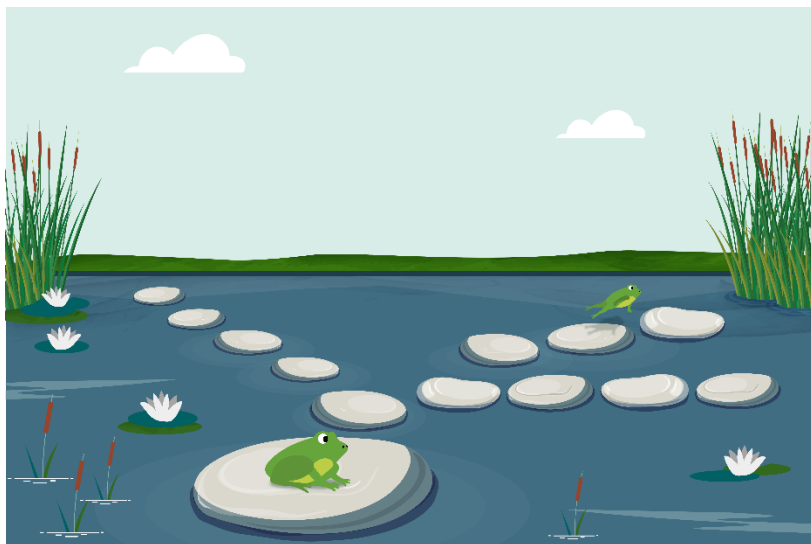
Leren en ontwikkelen wordt structureel ingebed in het contact met de aanbieders tijdens individuele contractmanagementgesprekken. En in een passende overlegstructuur per contract. Waarbij de strategische tafels geherintroduceerd worden.

## 4 Van (beleids-)segmenten naar (inkoop)contracten

### 4.1 Wat betekent segment gebaseerd inkopen?

De uitwerking van het inkoopkader per segment maakt het voor Midden-Holland mogelijk om te sturen op de ambities en gewenste verbeteringen te realiseren. Elk segment vraagt om een strategie op maat, waaraan via alle vier de inkoopinstrumenten uitvoering wordt gegeven.

Segment gebaseerd inkopen biedt de ruimte om contracten te sluiten met een meer homogene en kleinere groep aanbieders binnen één contract. Dit om overleg en ontwikkeling te faciliteren. Het doorvoeren van contractwijzigingen (verbeteringen) is makkelijker met een groep aanbieders die zoveel mogelijk dezelfde eigenschappen hebben, in dezelfde markt opereren en aan dezelfde doelstellingen werken. Hierdoor kan elk segment doorontwikkeld worden, in een eigen tempo dat passend en haalbaar is en op de aspecten die in dat contract van belang zijn. Waar in het ene contract de nadruk gelegd kan worden op onderlinge samenwerking, kan in het andere contract de nadruk gelegd worden op productontwikkeling of innovatie.



*Figuur 2: van één contract naar overzichtelijke stappen.*

De contracten sluiten beter aan bij de eisen van de betreffende zorgaanbieders. We gebruiken de ruimte om te differentiëren in contracten waar dat beter is, nu of in de toekomst. Maar uitgangspunt is en blijft zoveel mogelijk uniforme contractafspraken om het voor toegang, aanbieders en contractmanagement zo duidelijk en efficiënt mogelijk te maken.

Inwoners/ jeugdigen ondervinden geen hinder van meerdere contracten; schakelen tussen segmenten en aanbieders blijft mogelijk. Aanbieders kunnen meerdere contracten hebben.

De segmenten zijn bepaald op basis van beleidsambities. Voor de concrete inkoop is een vertaling gemaakt van de segmenten naar contracten. De ambities en doelstellingen per segment worden gekoppeld aan deze contracten.



In onderstaand schema is te zien in welke beleidssegment (de bovenste donkerblauwe vakken) een contract (de genummerde vakken) geplaatst is. De blauwe vakken zijn jeugd-contracten, de groene vakken de Wmo-contracten.

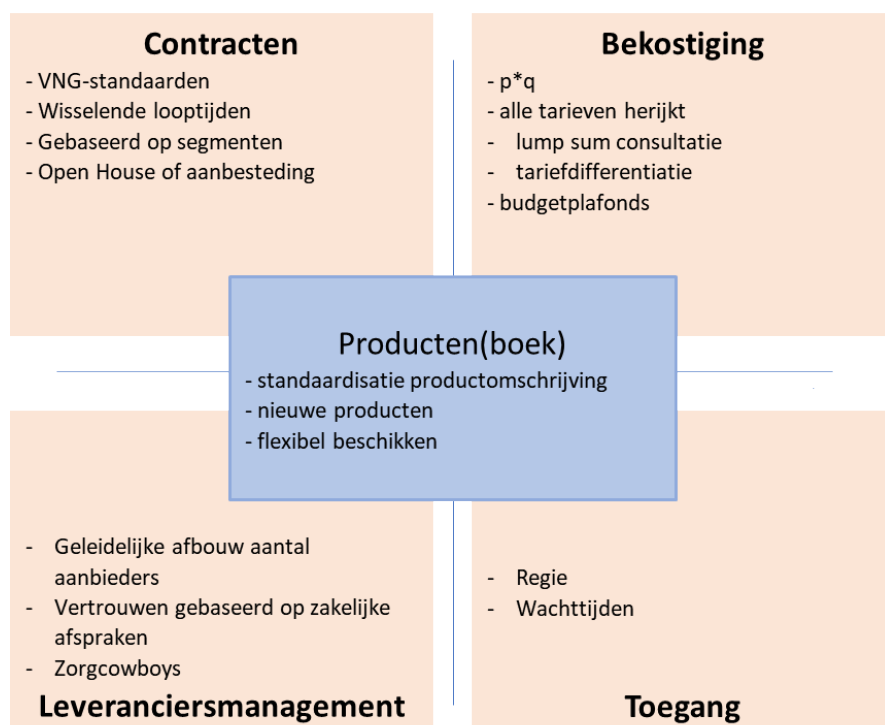
Gedwongen kader	Crisis	Hoog-specialistisch & Verblijf met behandeling	Wonen & respijtzorg	Begeleiding & behandeling	Dagbesteding en respijtzorg	Hulp bij het huishouden
1. Jeugd-bescherming / Jeugdreclassering	4. Crisisdienst jeugd	5. Hoog-specialistisch jeugd	6. Wonen Jeugd	8. Ambulant Jeugd	10. Dagbesteding Jeugd	
2. JeugdzorgPlus			7. Wonen Wmo	9. Ambulant Wmo	11. Dagbesteding Wmo	12. Hulp bij huishouden
3. Forensische GGZ						

Figuur 3: indeling segmenten naar contracten

## 4.2 Ontwerp van de inkoop 2025 en verder

In het Kaderdocument inkoop 2025 zijn vier instrumenten genoemd: contracten, bekostiging, leveranciersmanagement en toegang. Deze instrumenten zijn niet los van elkaar te ontwikkelen maar vormen een dynamisch geheel: ze moeten goed op elkaar afgestemd zijn als puzzelstukken in een groter geheel. Ook gedurende de looptijd van de contracten zullen er ontwikkelingen zijn, die de andere instrumenten raken. In figuur 4 zijn de belangrijkste elementen van deze instrumenten genoemd die in het volgende hoofdstuk uitgewerkt worden. In hoofdstuk 6 staat vervolgens een uitwerking per contract.

Centraal binnen deze instrumenten staat het Productenboek (wat kopen wij in) en het sturen op kwaliteit. In 4.3 en 4.4. wordt nader ingegaan op deze overkoepelende thema's.



Figuur 4: invulling per instrument

### 4.3 Productenboek

De producten zijn de basis van de inkoop. Voor deze contractering zijn alle producten herzien en aan de verschillende contracten gekoppeld. In het vernieuwde productenboek is een gestandaardiseerde opbouw gebruikt per contract. Bestaande producten zijn aangepast aan de nieuwe opbouw en waar nodig aangevuld met extra informatie of concreter omschreven. Dit zorgt voor duidelijkheid richting de toegang/ verwijzers, aanbieders en contractmanagement. Het geeft de medewerkers Toezicht handvatten om beter te kunnen controleren en te handhaven. Ook is zoveel mogelijk opgenomen aan welke eisen het product moet voldoen, zodat contractmanagement en toezicht mogelijk is.

Er is gekozen om te werken met generieke producten in plaats van aanbieder-specifieke producten. Voordeel hiervan is dat het makkelijker is om te monitoren, nadeel is dat er minder ruimte is voor een afwijkende invulling van het product door de aanbieder.

Naast dit inkoopplan wordt in een aparte bijlage het productenaanbod met de tarieven voor 2025 aan de colleges voorgelegd.

### 4.4 Sturen op kwaliteit

Een belangrijk bestuurlijk doel is het sturen op kwaliteit van de aanbieders: uiteraard om goede en effectieve zorg te bieden, maar ook om financiële/administratieve zaken op orde te hebben ter bevordering van de zorgcontinuïteit. In dit inkoopplan is als uitgangspunt genomen dat een goede bedrijfsvoering bij de aanbieder een voorwaarde is voor het bieden van effectieve hulp. Wij verwachten dat onze aanbieders zowel hun kwaliteit van zorg als hun kwaliteit van bedrijfsvoering op orde hebben. En we leggen meer nadruk op het tussentijds evalueren en monitoren.

De sturing op kwaliteit komt in de inkoop op verschillende manieren naar voren:

1. Door het hanteren van toelatings- en selectiecriteria (zie paragraaf 4.4.1)
2. Handhaving bij ondermaats presterende aanbieders (zie paragraaf 4.4.2)
3. Meten van cliëntervaring (zie paragraaf 4.4.3)
4. Inzet van ervaringsdeskundigheid (zie paragraaf 4.4.4)
5. Monitoring en contractmanagement

Monitoring van de kwaliteit en bedrijfsvoering van aanbieders zal een sturingsmiddel zijn om te bezien bij welke aanbieders de omzet sneller groeit dan verwacht (al dan niet via monitoring van budgetplafond of -indicatie) maar ook om doorlooptijd van behandeling en begeleiding in kaart te brengen, recidive-aantallen en herindicaties. Dit geeft een beeld bij welke aanbieders strakker ingezet moet worden op (controle van) casusregie, tegengaan van actief werven of de mogelijkheden van door- of uitstroming.

6. Wet Bibob

In de contracten wordt opgenomen dat een Bibob-onderzoek mogelijk is. Dit betekent dat aanbieders al gecontracteerd zijn. Door dit onderzoek na contractering te doen biedt het meer mogelijkheden om gericht partijen te toetsen en te handelen naar de uitkomsten van het onderzoek. Toepassen voor contractering is niet wenselijk omdat vanwege het gelijkheidsbeginsel alle partijen getoetst moeten worden, wat een te groot beroep zou doen op de beschikbare capaciteit en doorlooptijd.

7. Specifieke kwaliteitseisen aan producten, die ook controleerbaar zijn. Waardoor toezicht en handhaving mogelijk is. Denk aan opleidingseisen, groepsgrootte, bereikbaarheid. Deze worden op productniveau bepaald.

8. Overige punten in het programma van eisen, denk aan het hebben van een klachtenprocedure, melden van calamiteiten en incidenten.
9. In het Programma van Eisen worden de huidige bepalingen opgenomen over de inzet van SROI (personen met afstand tot de arbeidsmarkt).

#### 4.4.1 Toelatingscriteria

In de inkoopcontracten wordt dit geborgd door de **toelatings- en selectiecriteria** waar aanbieders aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract. Elk van deze criteria is een harde eis (knock out). Het betreft de volgende criteria:

1. **Negatieve ervaringen met aanbieder.** Afgelopen 3 jaar is geen contract geheel of gedeeltelijk ontbonden, opgezegd of geweigerd. Indien dit wel het geval is, leidt dit tot uitsluiting. Tenzij aangetoond kan worden dat er verbeteringen zijn doorgevoerd voor de reden van de ontbinding, opzegging of weigering. Partijen van wie het contract opgezegd of ontbonden is, zijn in beginsel geen partijen waar we nu zaken mee willen doen.
2. **Ervaringseis.** Aanbieder heeft voor elk product waarop zij inschrijft in de afgelopen 2 jaar een nader te bepalen minimaal aantal trajecten zelfstandig en naar tevredenheid uitgevoerd (verklaring opdrachtgevende gemeente/regio/werkgever). Aanbidders dienen ervaring te hebben met de dienst die ze aanbieden. Aanbidders zonder werkervaring kunnen dus niet inschrijven. Aanbidders voor wie zorg een 'bijbaan' is kunnen hier deels ook mee geweerd worden.
3. **Geen bestuursrechtelijke maatregel.** Aanbieder heeft in de afgelopen 3 jaar geen bestuursrechtelijke maatregel(en) opgelegd gekregen van de toezichthouder voor locatie(s) waar zij inwoners uit de regio Midden-Holland in zorg heeft. We willen geen partijen waarbij de overheid heeft moeten ingrijpen om orde op zaken te stellen. Deze maatregel benoemt bewust geen correctieve maatregelen, waarbij partijen wel door toezicht een verbetertraject in moesten, maar dat zelf en naar behoren hebben uitgevoerd.
4. **Financieel gezond.** Aanbieder heeft een gezonde financiële situatie de afgelopen 3 jaar en de financiële situatie moet de opdrachtgever vertrouwen geven voor continuïteit in de bedrijfsvoering. Een gezonde financiële bedrijfsvoering is belangrijk voor de continuïteit van zorg. In ieder geval geldt dat er een boven- en ondergrens moet zijn. De term 'vertrouwen' is niet nader omschreven, zodat het ons ruimte geeft in de beoordeling. Op dit moment zijn er veel jeugdzorgaanbidders met financiële problemen, waardoor dit criterium met enige voorzichtigheid gehanteerd zal worden. Het nadeel is dat het breed interpreteerbaar en subjectief is en dat aanbieders tegen dit punt mogelijk met succes in bezwaar kunnen gaan.
5. Aanbieder is lid van een relevante **branche of beroepsvereniging**.
6. Aanbieder is in bezit van een **VOG** voor rechtspersonen en de bestuurder/ eigenaar in bezit van een VOG Natuurlijke personen.
7. **Bekwaam personeel.** Aanbieder heeft voldoende bekwaam personeel in dienst om de producten te leveren waarvoor ze inschrijven. In het productenboek is per product opgenomen aan welke minimale opleidingseisen het personeel moet voldoen.
8. Aanbieder is in bezit van een **gedragsverklaring aanbesteden (GVA)**.
9. **Aanbieder heeft een vrijwilligersbeleid** (m.u.v. micro-ondernemingen en aanbieders die aangeven geen vrijwilligers in te zetten).
10. Partijen moeten **adequaatt verzekerd** zijn zoals in het contract is vastgesteld en dit aantonen bij aanmelding.
11. **Het hebben van een ISO9001-certificering of gelijkwaardig.**

Indien een aanbieder aan één of meerdere eisen niet voldoet, wordt in hoor- en wederhoor de mogelijkheid geboden aan te tonen dat de tekortkoming reeds is opgelost of dat er aantoonbare en afdoende verbetermaatregelen zijn genomen.

#### 4.4.2 Handhaving ondermaats presterende aanbieder

In combinatie met goede communicatielijnen tussen RWO en toegang, monitoring en het inzetten van de escalatiemogelijkheden in het contract (tijdelijke cliëntenstop, beëindiging, terugvordering) zetten we er op in dat de contracten met kwalitatief ondermaats presterende aanbieders beëindigd worden. Uiteraard is er ruimte om in dialoog met elkaar te treden en de mogelijkheid verbeteringen door te voeren alvorens sancties op te leggen. Afhankelijk van het (strategische) belang van de aanbieder in het zorglandschap en de ernst van de tekortkoming worden verschillende stappen doorlopen.

Om het belang van de inwoners te behartigen is er de mogelijkheid voor een cliëntenstop voor nieuwe beschikkingen waarbij de lopende trajecten nog wel doorlopen.

Contractueel kan dan een ingebrekestelling volgen waar de aanbieder een bepaalde tijd krijgt om verbeteringen door te voeren. Indien er geen zicht is op verbetering of de deadlines uit de ingebrekestelling niet gehaald zijn, kan overgegaan worden tot ontbinding van het contract en het overdragen van lopende indicaties naar gecontracteerde aanbieders.

Een aanbieder waarvan het contract ontbonden is, kan gezien de kwaliteitscriteria niet meer toetreden indien de betreffende Open House weer open wordt gezet.

#### 4.4.3 Meten cliëntervaring

In de nieuwe overeenkomsten wordt opgenomen dat de aanbieder periodiek (minimaal jaarlijks) onderzoek doet naar de tevredenheid van cliënten over het nut/effect van de geboden jeugdhulp of de geboden ondersteuning van uit de Wmo. Voor micro-ondernemingen vindt het periodiek onderzoek minimaal eens per twee jaar plaats. Het cliëntervaringsonderzoek uitgevoerd door de aanbieder is ondersteunend aan het eigen kwaliteitssysteem. Het beeld is dat cliëntervaring al bij veel jeugdhulp en Wmo aanbieders vast onderdeel is van het kwaliteitssysteem en anders eigenlijk zou moeten zijn. In de praktijk zien we wel dat deze onderzoeken door aanbieders niet altijd aansluiten op de producten die wij inkopen. Veelal zijn ze op organisatieniveau georganiseerd en betreffen het totale aanbod van de aanbieder, dus ook vanuit andere wettelijke kaders en in andere regio's.

#### *Outcome indicatoren*

Voor jeugdhulpaanbieders sluiten we aan bij de geharmoniseerde set outcome-indicatoren die eerder door de VNG en de brancheorganisaties met steun van het Nederlands Jeugdinstituut is vastgesteld. Het gaat om informatie over:

- Uitval van cliënten;
- Tevredenheid van cliënten over het nut/effect van de jeugdhulp;
- Doelrealisatie van de hulp, uitgesplitst naar de volgende outcome-criteria:
  - o De mate waarin cliënten zonder hulp verder kunnen.
  - o De mate waarin er na beëindiging geen nieuwe start jeugdhulp plaatsvindt.

De aanbieder rapporteert jaarlijks op de outcome-indicatoren. Het Rijk biedt de gemeenten en aanbieders de mogelijkheid om de scores op de indicatoren te verzamelen via de beleidsinformatie die aanbieders reeds aan het CBS leveren. De regio Midden-Holland kijkt met aanbieders in hoeverre aanlevering op deze wijze kan bijdragen aan een vereenvoudigde procedure van aanlevering. Met aanbieders maken we afspraken over de periodieke bespreking van de kwaliteit van zorg binnen een instelling op basis van de spiegel rapportage en een inhoudelijk kwaliteitsverslag. Hiermee sluiten we aan op landelijke lijn om administratieve lasten bij aanbieders zo min mogelijk te verhogen (Actieplan 'Ontregel de zorg'). In de nadere uitwerking willen we kijken op welke wijze wij de cliëntenraad van de instelling, indien aanwezig, kunnen betrekken bij het kwaliteitsgesprek.

In de Wmo is er geen wettelijke verplichting outcome-criteria vast te stellen. Dit vraagt om een andere benadering. Met aanbieders maken we afspraken over de periodieke bespreking van de kwaliteit van zorg binnen een instelling op basis van een inhoudelijk kwaliteitsverslag. In ieder geval maakt clientervaring onderdeel uit van de periodieke rapportage. Vooralnog is dit vormvrij. Verdere uitwerking volgt in de implementatiefase.

#### **Het cliëntervaringsonderzoek Jeugd en Wmo lokaal**

Naast het onderzoek door de aanbieder is elke gemeente wettelijk verplicht om jaarlijks een cliëntervaringsonderzoek Jeugd en Wmo 2015 uit te voeren. Dit geeft een lokaal beeld over tevredenheid waar het de gemeentelijke uitvoering en het ondersteunings- en hulpaanbod betreft. Voor sturing op aanbieders is dit niet geschikt, aangezien deze onderzoeken veelal niet aanbieder-specifiek zijn. De uitvoering van dit cliëntervaringsonderzoek is onderdeel van lokaal beleid.

#### **Het cliëntervaringsonderzoek regionaal**

Het uitvoeren van een regionaal cliëntervaringsonderzoek is een mogelijkheid die in de toekomst opgepakt kan worden. Dit zou informatie op kunnen leveren om de keuze tussen aanbieders te ondersteunen en informatie voor de contractmanagementgesprekken. Voordeel is dat cliënten van alle aanbieders op vergelijkbare wijze bevestigd worden, waarmee de resultaten tussen aanbieders vergelijkbaar zijn. Dit staat los van de inkoop en kan indien gewenst op een later moment opgepakt worden. Het opzetten en uitvoeren van een dergelijk onderzoek zijn kosten verbonden en vraagt de nodige uitwerking om het uitvoerbaar te houden en te zorgen voor bruikbare resultaten. Binnen de inkoop 2025 was voor deze uitwerking geen tijd en capaciteit.

#### **4.4.4 Ervaringsdeskundigheid**

Een ervaringsdeskundige is iemand die op basis van persoonlijke en collectieve ervaringskennis in staat is deze kennis, in welke vorm dan ook, door te geven aan anderen. Ervaringsdeskundigen hebben vaardigheden opgedaan om hun kennis - die is gebaseerd op impactvolle ervaringen - breder in te zetten ten behoeve van anderen. Het werken met ervaringsdeskundigen is van waarde, doordat professionals meer oog krijgen voor het perspectief van de inwoner en inwoners (eerder) zonder formele zorg verder kunnen. Voor de aanbieders wordt – met uitzondering van de micro-ondernemingen - een verplichting aan het contract toegevoegd dat zij gebruik moeten maken van ervaringsdeskundigen.

Daartoe worden verschillende mogelijkheden geboden:

- Ervaringsdeskundigen en kennis rondom de inzet van ervaringsdeskundigheid maakt onderdeel uit van het scholingsprogramma van medewerkers
- Ervaringsdeskundigen hebben zitting in de cliëntenraad.
- Ervaringsdeskundigen treden op als contactpersoon voor familie/cliënten.
- Ervaringsdeskundigen geven binnen het zorgprogramma toelichting aan familieleden/cliënten.
- Ervaringsdeskundigen zijn in dienst bij de praktijk/instelling en maken deel uit van het behandelteam.

De aanbieder maakt zelf de afweging welke vorm het best passend is binnen zijn organisatie.

## 5 De inkoopinstrumenten

### 5.1 Contracten

De contracten zijn de – juridische – basis van de samenwerking. In totaal ontstaan er binnen de scope van dit inkoopplan 12 contracten. In principe is elk product in één contract ondergebracht: aanbieders schrijven in op één of meerdere producten en een aanbieder kan één of meerdere contracten hebben.

#### **Open House of SAS-aanbesteding**

Bij elk contract wordt een inkoopprocedure vastgesteld: aanbesteden of Open House. Waar een aanbesteding het mogelijk maakt om het aantal aanbieders te beperken en de keuze voor de inzet van een aanbieder bij de gemeente neer te leggen, geeft een Open House meer mogelijkheden voor latere toetreding van nieuwe aanbieders en grote wijzigingen in het contract. In bijlage 1 staat een overzicht van de eigenschappen van deze twee procedures. Beide procedures worden gebruikt (zie hoofdstuk 6).

Essentieel is dat bij een Open House de keuze voor een zorgaanbieder bij de inwoner ligt: toegang bepaalt welke zorg de inwoner nodig heeft, die inwoner kiest de zorgaanbieder.

Bij de Open House is sprake van een ‘Open House zonder tussentijdse toetreding’, dat wil zeggen dat nieuwe aanbieders na de inschrijvingsdatum in 2024 niet kunnen toetreden en bestaande aanbieders geen andere producten kunnen toevoegen aan hun contract (‘Nee, tenzij...’). Uitzondering hierop is als er sprake is van een nieuw product of niet-dekkend zorglandschap (capaciteitstekort); dan is toetreding mogelijk voor alle aanbieders die voldoen aan de criteria. Dit geeft rust en zekerheid bij de gecontracteerde aanbieders en voorkomt veel administratieve lasten bij RWO.

Onderzoek heeft uitgewezen dat er vanuit kostenbesparing geen verschil is tussen een aanbesteding waarbij het aantal aanbieders sterk beperkt wordt en een Open House procedure zonder tussentijdse toetreding. In een aanbesteding met forse reductie van het aantal aanbieders leidt in de eerste jaren tot een kostentoeename door de implementatiekosten voordat er kostenbesparing optreedt. Een Open House met tussentijdse toetreding is de meest kostbare variant omdat er continu veel tijd wordt gevraagd van de gemeentelijke organisatie of RWO om aanvragen voor tussentijds toetreden te toetsen.

#### **Risico niet-inschrijven**

We hebben getracht zoveel mogelijk recht te doen aan de belangen van de aanbieders in de tarieven en contractvoorwaarden.

Ondanks alle zorg die aan de inkoop is besteed, is er altijd de mogelijkheid dat aanbieders niet inschrijven of niet gegund krijgen. Dit kan komen door de tarieven of contractvoorwaarden, omdat zij hun werkzaamheden in deze regio afbouwen om ergens anders focus aan te brengen of een ons onbekende reden.

Indien een aanbieder niet inschrijft is het afhankelijk van de impact (is er nog een dekkend zorglandschap?) en de gekozen inkoopmethode (aanbesteden of Open House) die de vervolgstap bepaalt. Indien er nog steeds een dekkend zorglandschap is, is er geen mogelijkheid om deze aanbieder toe te voegen.

In een Open House kan bij een niet-dekkend zorglandschap de Open House weer opengezet worden zodat een aanbieder alsnog kan toetreden. Eventueel kunnen de voorwaarden van de Open House gewijzigd worden maar dit geldt dan voor alle aanbieders! Bij een aanbesteding is het niet mogelijk om aanbieders toe te voegen; we richten deze daarom in met dialogen om in een zo vroeg mogelijk stadium dit risico te vinden en met de aanbieder(s) gezamenlijk naar een oplossing te zoeken.

### **Landelijke contractstandaarden**

Voor Jeugdhulp zijn er verplichte contractstandaarden. Op de ALV van de VNG zijn de contractstandaarden voor jeugd vastgesteld. Voor de leden van de VNG is toepassing dus verplicht. Voor Wmo zijn ze nog vrijwillig. Om de verschillen tussen jeugd en Wmo zo klein mogelijk te houden, en voorbereid te zijn op landelijke ontwikkelingen wordt ook voor Wmo de VNG-standaard toegepast. Het hanteren van de contractstandaarden draagt bij aan het verminderen van administratieve lasten bij aanbieders. De contractstandaarden worden continue doorontwikkeld. In het contract wordt opgenomen dat deze wijzigingen overgenomen zullen worden.

De contractstandaarden richten zicht op de zogenoemde niet-kernbedingen Deze zijn qua vorm en waar mogelijk qua inhoud gestandaardiseerd. Doordat de focus ligt op randvoorwaarden behoudt de gemeente haar beleidsvrijheid op gebied van innovatie, samenwerking en transformatie. Niet-kernbedingen zijn contractbepalingen die niet gaan over afbakening, beschrijving en/of definitie van in te kopen jeugdhulp, de daaraan te stellen kwaliteitseisen en de prijs van de jeugdhulp. De contractstandaarden gaan over:

- Levering van hulp (o.a. indexatie, acceptatie, cliëntenstop, onderaanneming)
- Informatievoorziening, overleg en uitwisseling gegevens
- Gebruik berichtenverkeer (iJw en iWmo)
- Declaratie en betaling
- Fraude, integriteit en niet nakomen van geschillen
- Duur en einde overeenkomst
- Slotbepalingen

### **Looptijd**

De totale looptijd is 10 jaar, opgebouwd uit wisselende looptijden en verlengingstermijnen. Dit is in lijn met de looptijd van het Kaderdocument Inkoop 2025. Per segment is bekeken wat een passende contractduur is en waar langjarige contracten meerwaarde hebben.

Het is zeker niet verplicht – of zelfs de bedoeling – dat elk contract ook daadwerkelijk 10 jaar loopt: waar het beter is om tussentijds op een andere manier te contracteren, contracten samen te voegen of juist te splitsen, is dat mogelijk met inachtneming van de looptijden en verlengingen.

Bij de Open House contracten wordt gewerkt met een stilzwijgende verlenging. Het is in deze contracten ook mogelijk om op individuele basis contracten niet te verlengen: niet goed (genoeg) presterende aanbieders krijgen bij het algemene verlengingsbesluit dan geen verlenging aangeboden. Dit staat los van de mogelijkheden die er zijn tot bijvoorbeeld een tijdelijke cliëntenstop, ontbinding en terugvordering.



### **Uitzonderingscontracten**

De ambitie vanuit dit inkoopplan is om een dekkend zorglandschap in te kopen met 12 raamovereenkomsten. In uitzonderingsgevallen zal dit niet het mogelijk zijn en is een uitzonderingraamcontract (URC) of cliëntspecifiek addendum nodig (CSA). Een URC wordt ingezet voor een aanbieder die niet gecontracteerd is. Een CSA wordt ingezet als de aanbieder wel gecontracteerd is, maar niet voor betreffend product. Dit is ook in de huidige situatie het geval. Ambitie is wel om het aantal fors terug te brengen vanwege de hoge administratieve lasten. Een te hoge inzet van URC/CSA kan bovendien leiden tot een onrechtmatige inkoop bij accountantscontrole. Hier komt meer centrale sturing op vanuit RWO. Zodat ook hier contractmanagement en kwaliteitscontrole mogelijk wordt (zie paragraaf 7.3).

### **Hoofd- en onderaannemerschap**

Hoofd- en onderaannemerschap is met name belangrijk als het aantal aanbieders sterk wordt teruggebracht. Gezien het aantal Open House contracten (zie hoofdstuk 6 'Uitwerking per contract') is de verwachting dat deze behoefte minimaal is.

Hoofd- en onderaannemerschap is geregeld in de landelijke contractstandaarden. In principe staat het elke aanbieder vrij om onderaannemers in te schakelen mits deze voldoen aan alle kwaliteitseisen (eisen aan product en programma van eisen). De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de aanbieders. Vòòr een aanbieder een onderaannemer in mag zetten, moet deze hiervoor schriftelijk toestemming vragen aan RWO. Uitzondering hierop zijn de onderaannemers die via detachering werken voor de hoofdaannemer.

Aanbieders in het segment Hoog specialistisch Jeugd kunnen voor producten uit het productenboek andere gecontracteerde aanbieders inzetten. Voor andere producten krijgen ze ruimte om in te zetten wat nodig is. Als hoofdaannemer blijven zij verantwoordelijk. De praktische uitwerking wordt in de implementatie vorm gegeven.

## **5.2 Leveranciersmanagement**

Leveranciersmanagement gaat over de relatie tussen gemeenten, RWO en aanbieders. Wederzijds vertrouwen en goede afspraken die het belang van zowel aanbieders als gemeenten behartigen zijn de basis van een goede samenwerking. Leveranciersmanagement is er ook op gericht om aanbieders die minder presteren, zo snel mogelijk weer op een acceptabel niveau te krijgen òf om afscheid te kunnen nemen van deze aanbieders. Dit kan zowel op het gebied van kwaliteit van zorg zijn, als op het gebied van bedrijfsvoering.

### **Geleidelijke afbouw aantal aanbieders**

De wens bestaat om met minder aanbieders te werken om een stuurbaar en beheersbaar zorglandschap te kunnen onderhouden. Ook voor verwijzers en inwoners is een overzichtelijk zorgaanbod cruciaal. Anderzijds is er ook de wens om enige mate van keuzevrijheid te behouden en hebben we te maken met een grote diversiteit aan doelgroepen en producten. Tot slot hebben we ook te maken met een bestaande marktsituatie met veel aanbieders en wachtlijsten voor bepaalde vormen van hulp. Waardoor forse afbouw van het aantal aanbieders risico oplevert voor het zorglandschap.

De weg van de geleidelijke afbouw is in deze situatie het meest passend. Voor de hoog-specialistische jeugdhulp maken we de stap naar een beperkt, overzichtelijk, aantal aanbieders. Voor de andere contracten worden de kwaliteitseisen aangescherpt, wat naar verwachting leidt tot een kleiner aantal aanbieders.

In de Open House contracten is er bij elke verlengingstermijn de mogelijkheid om niet-presterende aanbieders niet te verlengen. Ook handhaven we de eis dat een aanbieder in elk jaar zorg moet verlenen in deze regio; niet voldoen aan deze eis leidt tot contractbeëindiging. Daarnaast is er de mogelijkheid om in de toekomst geen gebruik te maken van de verlengingsoptie in een contract en voor een specifiek contract de stap te maken naar het reduceren van het aantal aanbieders. Zo is voor het contract dagbesteding de wens om binnen twee jaar een vernieuwingsslag te maken. Daarbij kan de weging over het gewenste aantal aanbieders ook opnieuw gemaakt worden.

### **Vertrouwen gebaseerd op zakelijke afspraken**

Een belangrijke overweging is de verstandhouding tussen gemeenten en aanbieders. Het doel dat zowel gemeente als aanbieders delen, is het bieden van goede zorg voor de inwoners van deze regio. Echter, waar de gemeentes een zorgplicht hebben, hebben zij ook te maken met een schaars budget. Het is voor de gemeentes daarom cruciaal om effectieve zorg in te kopen en te sturen op het voorkomen van onnodige (dure) zorg. Hierbij komen twee elementen samen, die soms tegenstrijdig lijken: de sociale kant van zorg en de zakelijke kant van bedrijfsvoering. Waar een aanbieder altijd zal inzetten op de beste zorg en de relatie tussen inwoner en hulpverlener zo lang mogelijk intact wil laten, kan een gemeente eerder willen inzetten op doorstroom naar een lichtere vorm van hulp of uitstroom. Door dit vraagstuk te benaderen vanuit de effectiviteit van zorg en het goed gebruik van publieke middelen ontstaat er een gezamenlijk belang. Goede zakelijke afspraken vormen de basis voor samenwerking en vertrouwen.

### **Aanbiederstypen**

Binnen leveranciersmanagement maken we onderscheid in verschillende typen aanbieders, over de contracten heen. We gaan uit van vijf typen aanbieders: strategisch, groot, middel, klein en niche (bijzonder product). Uitgangspunt is dat aanbieders een verschillende meerwaarde kunnen hebben in het zorglandschap. Dit heeft gevolgen voor de frequentie en intensiviteit van overleg, mate van toezicht en controle maar ook de toegang tot innovatiegelden.

#### *Kleine regio tussen de G4*

Typerend voor de regio Midden-Holland is de positie als relatief kleine regio (gebaseerd op inwoneraantal) tussen grote regio's (Haaglanden, Utrecht, Holland Rijnland en Rijnmond). Dit biedt kansen maar brengt ook risico's met zich mee. Grote aanbieders zijn vaak welwillend om 'die paar' inwoners van Midden-Holland op te nemen. Waar zij echter strategische partners voor ons zijn, zijn wij dat niet (altijd) voor hen. Voor het gedwongen kader is het daarom raadzaam ons te voegen naar de contractafspraken die de grotere regio's om ons heen al hebben gemaakt. Dit betekent een administratieve lastenverlichting aan zowel de gemeentelijke kant als de kant van de aanbieders.

#### *Systeemaanbieders & strategische aanbieders*

Systeemaanbieders zijn een groep aanbieders die zo aangeduid worden omdat zij essentieel zijn voor de instandhouding van het zorglandschap. We maken in deze contracten geen onderscheid tussen systeemaanbieders en overige aanbieders. Het is moeilijk aan te duiden wie de systeemaanbieders zijn; er zijn natuurlijk enkele duidelijke maar er is ook een grijs gebied. En omdat deze regio ingeklemd zit tussen vier grote regio's hebben deze aanbieders dáár hun thuisbasis.

Er zijn in verhouding dan ook veel systeemaanbieders werkzaam in deze regio. De meerwaarde van systeemaanbieders zit met name in de kennis die zij bieden aan gemeenten en andere aanbieders. Deze functie bekostigen wij apart in het contract Hoog Specialistisch. Ook nemen zij vaak de meest complexe zorg op zich: ook dat wordt geborgd in het contract Hoog Specialistisch door specifieke producten, additionele vergoedingen of aanbieder-specifieke tarieven. Deze aanbieders zien we als strategische aanbieders.

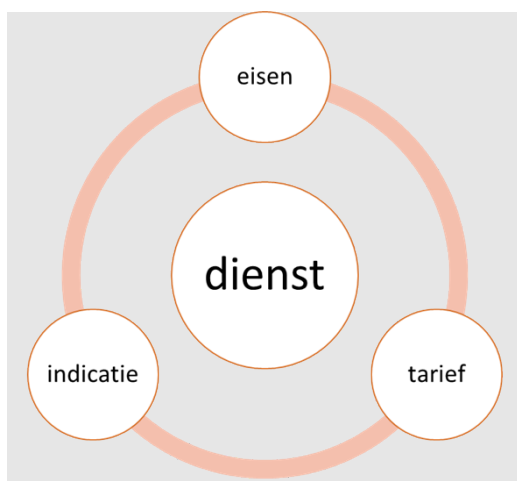
Strategische aanbieders zijn aanbieders die cruciaal zijn voor onze regio. Vaak vanwege hun specifieke kennis, breed aanbod van in te zetten zorgproducten en/of een vastgoedpositie. Dit zijn veelal ook de aanbieders waar we mee samenwerken op de ontwikkelopgaven en innovatie.

### *Micro-ondernemingen*

Binnen het zorglandschap hebben we ook te maken met kleine ondernemingen, de zogenaamde micro-ondernemingen. Dit zijn ondernemingen met minder dan 10 werknemers en een jaaromzet en/of jaarbalans van minder dan 2 miljoen euro<sup>2</sup>. Met name voor de ambulante diensten zien we dat deze ondernemingen van meerwaarde zijn, doordat ze specifieke doelgroepen bedienen of lokaal geworteld zijn. Op een aantal aspecten worden aan deze ondernemingen andere eisen gesteld en er wordt uitgegaan van lagere overheadkosten.

### **Zorgcowboys en aanbieders met hoge winstpercentages**

Het voorkomen en weren van zorgcowboys is een belangrijk aandachtspunt. Dat zijn aanbieders die een onverantwoord hoge winst maken en ondersteuning van onvoldoende kwaliteit en effectiviteit leveren. Belangrijk onderscheid om te maken is dat een hoge winst niet noodzakelijk betekent dat een aanbieder een zorgcowboy is. Het kan ook betekenen dat deze aanbieder een slimme oplossing heeft, of bepaalde bedrijfskosten niet hoeft te maken. Of dat er onbedoeld ruimte is in de interpretatie van producten waardoor het tarief niet meer passend is: dit is dan aan RWO om middels contractwijzigingen aan te passen. In beginsel wordt de winstmarge van een aanbieder bepaald door de tariefsopbouw in combinatie met de productomschrijving (eisen aan de uitvoering) en de juiste toewijzing (keuze product, omvang) in de indicatie.



Figuur 5: opbouw vergoeding dienstverlening

<sup>2</sup> Definitie conform [www.rco.nl](http://www.rco.nl).

Indien aan aanbieder (veel) meer winst maakt dan in de tarieven is bepaald (standaardopslag voor winst en risico is 2%) dan kunnen daarvoor verschillende oorzaken zijn. In de meeste scenario's ligt de corrigerende maatregel bij de gemeenten/RWO en heeft de aanbieder slim gebruik gemaakt van de mogelijkheden. De meest voorkomende scenario's:

- aanbieder heeft een voordeel aan bijvoorbeeld eigen huisvesting waardoor zijn lasten lager zijn: hier is geen sprake van een zorgcowboy maar van een aanbieder met een verantwoord 'return on investment': in een ander scenario had hij dit vastgoed verhuurd.
- aanbieder heeft een slimme oplossing die binnen de eisen valt maar minder kost. Het is dan aan RWO om te bepalen of er een negatief effect is op het realiseren van het doel van de zorg. Is dat het geval dan moet de productomschrijving- of eisen aangepast worden.
- aanbieder levert niet alle zorg waarvoor hij factureert of aanbieder zet lichtere zorg in of personeel met een ander opleidingsniveau: dit is fraude en kan middels de contractbepalingen aangepakt worden.
- Het tarief sluit niet aan op de werkelijkheid waardoor een aanbieder binnen de producteisen meer winst kan maken dan beoogd, bijvoorbeeld door een foute toepassing van een bepaalde parameter/benchmark: dit is de aanbieder niet te verwijten maar het tarief moet zo spoedig mogelijk aangepast worden. Omdat sommige tariefonderdelen gebaseerd zijn op benchmarks en gemiddelden, kan een aanbieder hierdoor ook een hogere winst maken. Door de inzet van sectorspecifieke tariefdifferentiatie (paragraaf 5.3.3) is dit al beperkt.

### Contractmanagement

Onderdeel van leveranciersmanagement is het contractmanagement, Dit is erop gericht dat de contracten blijven aansluiten bij de werkelijkheid - zowel de gemeente als de aanbieder- en dat beide, zowel gemeente als aanbieder, zich houden aan de contractuele afspraken. Het contractmanagement wordt opnieuw ingericht nu niet meer gewerkt wordt met één contract met deellovereenkomsten, maar met 11 losse contracten. De overlegstructuur zal per contract aangepast worden op basis van het aantal aanbieders en de ontwikkelopgave in het betreffende contract.

### 5.3 Bekostiging

De producten worden nu bekostigd middels een 'p\*q'-systematiek oftewel inspanningsgericht: de aanbieder krijgt betaald op basis van het aantal uren/dagdelen of trajecten dat hij heeft uitgevoerd. Dit zal in 2025 in grote lijnen ook zo blijven. Het is mogelijk om hier in specifieke contracten in de toekomst andere keuzes op te maken. De eenheid wordt zo laag mogelijk ingezet (tarief per minuut of uur) om de gemeentelijke toegang maximale flexibiliteit te geven.

In aanvulling hierop wordt een 'lumpsum'-vergoeding (een vaste prijs) gegeven voor:

- Consultatiefunctie niet-casus-gebonden (of voor een inwoner bij een andere aanbieder) voor de strategische aanbieders in het contract Hoog Specialistisch
- Aanwezigheid en voorbereiding Verwijstafels in het segment Hoog specialistisch.
- Beschikbaarheidsfinanciering Crisis Verblijf: 3 plekken
- Verwacht wordt dat het contract 'crisisdienst' – nog niet per 2025 – een beschikbaarheidsfinanciering krijgt.

De lumpsum-vergoedingen worden jaarlijks opgenomen in het jaarprogramma en -begroting van RWO.

### 5.3.1 Kostenbewust werken

Er is geen besparingsdoelstelling meegegeven voor de inkoop. Dat is ook lastig omdat de gemeentelijke toegang verantwoordelijk is voor de aantallen en hoogte van de indicaties, en RWO een reëel tarief moet neerzetten. Een kwalitatief sterke toegang, goede contacten met externe verwijzers en een efficiënt ingericht uitzonderings- en escalatieproces moeten de omvang van de afgegeven indicaties en daarmee de gemeentelijke uitgaven aan jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning onder controle houden.

Echter, er is wel nadrukkelijk aandacht voor kostenbewust werken en kostenbeheersing. Dit uit zich in een combinatie van verschillende maatregelen binnen de verschillende instrumenten, vooral gericht op het voorkomen van onnodige uitgaven. Belangrijke elementen hierin zijn monitoring van kwaliteit en cliënttevredenheid, sturen op tussenevaluaties, sturen op tijdige doorstroom en uitstroom en het tijdig beëindigen van kwalitatief ondermaats presterende aanbieders. De gemeenten zetten in op onderling leren, om zodoende met behoud van de lokale autonomie meer zicht te krijgen op de sturingsopties en afbakeningsmogelijkheden.

Een kwalitatief sterke toegang, goede contacten met externe verwijzers en een efficiënt ingericht uitzonderings- en escalatieproces moeten de omvang van de afgegeven indicaties onder controle houden.

Gemeenten zijn lokaal verantwoordelijk voor het voorliggend aanbod. Gemeenten zorgen dat dit inzichtelijk is voor de gecontracteerde aanbieders. Van aanbieders verwachten we dat ze tijdig kunnen schakelen tussen geïndiceerd aanbod en het voorliggende aanbod. Aanbieders hebben een actieve signalerende rol om aan te geven als ondersteuningsdoelen ook behaald kunnen worden met voorliggende voorzieningen.

De reële tarieven, waarbinnen scherpe keuzes gemaakt worden maar òòk ruimte is gegeven aan de verschillende achtergronden (CAO) van de aanbieders, zijn ook voorbeelden hiervan. Bij reële tarieven wegen we mee dat aanbieders kostenefficiënt moeten werken.

Kostenbewustzijn zal tijdens de contracten een grote rol blijven spelen: niet door wantrouwend tegenover zorgaanbieders te gaan staan, maar wel door zakelijke afspraken te maken die recht doen aan alle belangen en waarbij de gevolgen op de lange termijn afgewogen worden tegen de gevolgen op korte termijn. Van aanbieders die aangeven financieel niet uit te komen met de tarieven wordt verwacht dat ze transparant zijn over de bedrijfsvoering, werken aan een efficiënte bedrijfsvoering en aantonen wat ze doen om kostenefficiënt te werken.

Bij de prioritering van innovaties en ontwikkelopgaven is de ruimte om financieel gedreven opgaven voorrang te geven.

Tot slot het belang dat afspraken regionaal en lokaal geborgd worden: als er lokaal ruimte komt voor uitzonderingen, veroorzaakt dat druk op de andere gemeenten en RWO om deze uitzonderingen ook te omarmen.

### 5.3.2 AMvB reële prijs

Voor de Wmo is de gemeente verantwoordelijk voor het betalen van een reële prijs. De AMvB koppelt reëel aan de 'goede verhouding tussen de prijs voor de levering van een voorziening en de eisen die worden gesteld aan de kwaliteit van diezelfde voorziening'. Bij elke contractering of verlenging moeten deze tarieven herijkt worden. Bij een meerjarencontract geldt een indexatie voor tarieven; in de VNG-standaarden is deze indexatie gestandaardiseerd en deze wordt jaarlijks vastgesteld en gecommuniceerd. Dit is conform de huidige indexatiesystematiek van de OVA/PPC.

Deze eis geldt (nog) niet voor tarieven Jeugd maar ook daar geldt dat de gemeente een reële prijs dient te betalen. Ook voor de jeugdproducten worden de tarieven opgebouwd volgens kostprijselementen. Deze opbouw sluit mogelijk nog niet volledig aan op de nieuwe AMvB reële prijs die ook voor de jeugdwet zal gaan gelden. Bij inwerking treden van de nieuwe AMvB zal een overgangsbepaling komen voor reeds gestarte inkooptrajecten, zoals in ons geval. Het betekent wel dat bij een contractverlenging de tarieven herijkt moeten worden conform de nieuwe AMvB.

Er is een onderscheid tussen kostprijs tarieven en reële tarieven. Wij zijn als regio of gemeente gebonden tot het hanteren van reële tarieven voor de zorg die we inkopen. Dat betekent dat wij niet elke aanbieder zijn of haar kostprijs moeten compenseren, maar dat we een reëel tarief moeten bieden dat voor een normaal opererende aanbieder met een normale bedrijfsvoering een dekkend tarief zou moeten zijn. Passend bij wat wij uitvragen.

Een belangrijk onderdeel in de AMvB is het doorlopen van een zorgvuldig proces. Het proces om te komen tot tarieven, is gemonitord door bureau Significant. Zij hebben er op toegezien dat dit proces zorgvuldig en objectief is doorlopen en dat consistente keuzes gemaakt worden.

### 5.3.3 Keuzes tariefbepaling

Er is gekozen om de tarieven op basis van een model met vaste parameters op te bouwen, waarbij de parameters zoveel mogelijk op basis van objectieve benchmark-cijfers worden bepaald. Voor de onderbouwing van de tarieven is een separate bijlage beschikbaar. Hierin is opgenomen welke parameters gehanteerd worden en welke keuzes gemaakt zijn. De belangrijkste keuzes die gemaakt zijn ten aanzien van tarieven:

1. Tariefdifferentiatie (zie hieronder)
2. Korting op tarief voor micro-ondernemingen
3. Voor winst en risico wordt gerekend met een opslag van 2%. Dit is conform het huidige beleid.
4. No show. Gelijk trekken voor Jeugd en Wmo en verwerken in tarief.  
Aanbieders kunnen no show niet declareren. In de tarieven is rekening gehouden met het feit dat aanbieders af en toe met no show te maken hebben. Verder wordt er van uitgegaan dat een aanbieder mogelijkheden heeft om hier op te sturen. Het kan soms zelf aansluiten op de ondersteuningsdoelen. Om de aanbieder in deze sturing te faciliteren is het wel mogelijk dat deze hiervoor een bescheiden rekening stuurt naar de cliënt van maximaal € 25. De aanbieder maakt zelf de afweging of dit in het belang is van de ontwikkeling of behandeling. De aanbieder is niet verplicht deze rekening te sturen.

#### **Tariefdifferentiatie**

Met tariefdifferentiatie bedoelen we het toepassen van verschillende tarieven voor hetzelfde product. Het betreft twee vormen van tariefdifferentiatie: sectorspecifiek en aanbieder-specifiek.

Met het toepassen van tariefdifferentiatie is beoogd om beter aan te kunnen sluiten op verschillen tussen aanbieders en daarmee discussies over een reëel tarief te verminderen.

Een groot deel van de kostprijs wordt veroorzaakt door personeelskosten; dit hangt samen met gevraagde ureninzet binnen een product, het vereiste opleidingsniveau maar ook de CAO die van toepassing is. De handreiking 'Inzicht in tarieven'<sup>3</sup> zegt hierover het volgende:

**Aandachtspunt:** Als voor een zorgproduct meerdere cao's van toepassing zijn, wordt vaak het gemiddelde maandsalaris van de verschillende cao's genomen. Aanbieders die de cao met de hoogste salariskosten hanteren, lopen zo het risico om zorg onder de kostprijs te leveren. Terwijl aanbieders die juist de cao met laagste kosten gebruiken, per geleverd uur geld overhouden.

De aanbieders die zorg onder kostprijs zouden moeten gaan leveren, kunnen dan beargumenteren dat er geen sprake is van een reële kostprijs. Bij **sectorspecifieke tarieven** geeft een aanbieder bij inschrijving aan onder welke CAO hij valt en dit bepaalt het tarief. Aanbieders die onder geen enkele CAO vallen of onder een CAO waar wij niet mee rekenen, krijgen dan het zogeheten basistarief. Het basistarief wordt gebaseerd op het laagste toepasselijke tarief.

Verdere differentiatie is ook mogelijk indien een aanbieder een product op een specifieke manier uitvoert, wat door de regio als een meerwaarde of noodzaak wordt ervaren, de **aanbieder-specifieke tarieven**. Bijvoorbeeld indien een aanbieder aantoonbaar kleinere groepen moet inzetten (bijv. op basis van specifieke doelgroep, of kleine vraag naar specifiek product bijv. indien aanbieder werkt met een zware doelgroep met specifieke eisen), dan kan dit tarief voor deze aanbieder hierop aangepast worden door de parameter 'groeps grootte' aan te passen. Dit leidt dan tot een addendum voor deze aanbieder, zodat contractmanagement en toezicht hierop kunnen handhaven.

Het beoordelen van een aanvraag aanbieder-specifiek tarief wordt gedaan door een multidisciplinair team (beleid, contractmanagement/inkoop, financiën). Hier wordt advies over uitgebracht aan de programmadirecteur RWO die het tarief accordeert danwel afwijst, na afstemming met de bestuurlijk trekker.

#### 5.3.4 Budgetplafonds

Een instrument dat in de huidige contracten wordt ingezet om de kosten beheersbaar te houden, zijn de budgetplafonds per aanbieder. Aanbieders krijgen een plafond opgelegd waarboven zij niet meer mogen declareren. Dit geldt voor jeugdhulpaanbieders met een omzet hoger dan 150.000 euro. Met de budgetplafonds wil de regio samen met aanbieders sturen op de instroom, doorstroom en uitstroom en daarmee op de kosten.

In de nieuwe contracten worden budgetplafonds en budgetindicaties als optie (kan-bepaling) opgenomen bij de jeugdcontracten Ambulant, Wonen en Dagbesteding. Voor de overige contracten is dit niet nodig. Voor de Wmo-contracten lopen alle beschikkingen via de gemeenten. Het contract hoog-specialistische jeugdhulp is gericht op samenwerken en vertrouwen. Sturing via een budgetplafond is hierin niet passend. Wel is monitoring en gesprek over een gezamenlijke

<sup>3</sup> <https://open.overheid.nl/repository/ronl-048740dd-e634-430a-9e5d-677b12605d9c/1/pdf/handreiking-inzicht-in-tarieven.pdf>

budgetindicatie onderdeel van het overleg. Het contract gedwongen kader betreft jeugdhulp die via de rechter opgelegd is en uitgevoerd moet worden.

Het doel en de boodschap van budgetplafonds is het beheersen van de kosten door onbeperkte groei tegen te gaan, actief werven te ontmoedigen en tijdige uit- en doorstroom aan te moedigen. Dit moet leiden tot een stabiel landschap van goede aanbieders, zowel op het gebied van zorg, bedrijfsvoering en innovatie. Het is een instrument waar een juridisch afdwingbare maatregel (cliëntenstop en in het uiterste geval, terugvordering) aan gekoppeld kan worden.

De nieuwe contractstandaarden geven ruimte voor budgetplafonds maar deze schrijven een andere werkwijze voor:

- In de nieuwe contractstandaarden zijn gemeenten verantwoordelijk voor het signaleren of het budgetplafond gehaald gaat worden.
- De gemeente moet bij uitnutting van 70% de aanbieder informeren en in gesprek gaan.
- Lopende zorg van inwoners moet altijd betaald worden, ook als dit leidt tot overschrijding van de plafonds.
- Uiterlijk 6 maanden voor start van het jaar dient kenbaar gemaakt te worden voor welke producten een budgetplafond geldt. Dat betekent dat ook voor de nieuwe contracten in de nieuwe inkoop uiterlijk op 1 juli 2024 de plafonds voor 2025 bekend moeten zijn. De hoogte van het plafond per aanbieder dient uiterlijk 30 september 2024 bij de aanbieders bekend te zijn.

De contractstandaarden leiden er toe dat het instrument niet in de huidige vorm gebruikt kan worden doordat de signalering op overschrijden de verantwoordelijkheid is van de gemeente. Hierdoor sluit dit minder goed aan op de visie achter de budgetplafonds; namelijk dat de aanbieder ruimte heeft om te sturen op doorstroom en uitstroom en daarmee ook verantwoordelijk is voor monitoring van de budget-uitnutting. Bovendien leiden de contractstandaarden tot een wijziging van de huidige werkwijze dit betekent extra werklast voor in ieder geval RWO, maar mogelijk ook de individuele gemeenten.

Een budgetplafond dat slechts leidt tot het herverdelen onder andere aanbieders, staat haaks op de gedachte van Open House, waar de client zelf een aanbieder kiest. Als de ene na de andere aanbieder een cliëntenstop zou hebben, zouden de laatste inwoners alleen nog terecht kunnen bij de minst gewilde of minst bekende aanbieders. Dat past niet bij het principe van marktwerking dat mede ten grondslag ligt aan de gedachte van Open House, en de beheersmaatregel dat aanbieders zonder omzet geen contractverlenging krijgen.

Over daadwerkelijke toepassing wordt jaarlijks door de colleges besloten. Zodat een zorgvuldige weging gemaakt kan worden in hoeverre het instrument meerwaarde heeft in relatie tot de werking van de andere sturingsinstrumenten, maar ook de verwachte uitvoeringslast bij gemeenten, RWO en aanbieders door de contractstandaarden. Voor toepassing in 2025 moet dit besluit uiterlijk 1 juli 2024 genomen zijn.

In de afweging wordt ook meegenomen in hoeverre het toepasbaar is in 2025 als op dat moment de aanbieders nog niet bekend zijn en in hoeverre het mogelijk is om realistische plafonds af te geven in het kader van een mogelijke herverdeling in de markt.



## 5.4 Toegang

De gemeentelijke toegang is de toegangspoort tot inzet van hulp in het Sociaal Domein. Zij zijn de spil tussen inwoners, zorgaanbieders, voorliggend veld en school. Toegang geeft de aanbieders op basis van een ondersteuningsplan en beschikking, een opdracht voor de in te zetten hulp (product met duur en omvang). Voor Wmo loopt de toegang volledig via de gemeenten, voor Jeugd verloopt een groot deel van de instroom op jeugdproducten via andere routes dan de gemeentelijke toegang, waardoor gemeenten hierop, evenals op de uitstroom, nauwelijks invloed kunnen uitoefenen.

Een goed werkende toegang is de basis voor het optimaal benutten van de contracten. Met de inkoop krijgen toegangsmedewerkers bij gemeenten handvatten om te sturen op tijdige doorstroom en uitstroom, het goede gesprek te voeren met aanbieders en de zakelijke discussies met aanbieders door te zetten naar RWO zodat zij hun tijd optimaal kunnen inzetten met focus op de inwoner.

Een belangrijk basisonderdeel is het productenboek: dit beschrijft de zorg die ingekocht is en welke eisen per product gelden. Het is belangrijk dat het productenboek de behoeften goed afdekt. Signalen dat er producten missen of anders omschreven moeten, moeten van de gemeentelijke toegang(en) naar RWO. Indien dit leidt tot een nieuw of gewijzigd product, leidt dit ook tot een contractwijziging. Er is geen maximale duur of inzet per product: dat is een overweging die door de medewerkers van de gemeentelijke toegang gemaakt moet worden.

### 5.4.1 Regie

De vijf gemeenten hebben elk hun eigen toegang ingericht. Hier zijn ook lokale verschillen op het gebied van taakverdeling, outsourcing en de regiefunctie. Eén van de problemen die aanbieders en toegang nu ervaren, is dat het onduidelijk is wat zij van elkaar mogen verwachten op het gebied van regie. Het werken conform '1 Gezin/huishouden, 1 Plan, 1 Regisseur' was al beleid binnen de huidige contracten, maar dit werd niet overal nageleefd.

Om de afspraken met betrekking tot regie te verhelderen gelden de volgende uitgangspunten:

- De werkwijze '1 Gezin/huishouden, 1 Plan, 1 Regisseur' (1G1P1R) opgenomen in de contracten Jeugd worden gecontinueerd in de inkoop 2025.
- De werkwijze 1G1P1R wordt ook geborgd binnen de contracten Wmo.
- Eenduidige definitie van wat we verstaan onder casusregie en procesregie.
- Lokaal en regionaal hanteren van dezelfde definitie.
- Casusregie waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn in een gezin of huishouden is onderdeel van de werkzaamheden van de zorgverlener en mag worden verwacht van betrokken uitvoerend hulpverleners.
- Procesregie vraagt een andere deskundigheid en is geen standaard onderdeel van wat mag worden verwacht van uitvoerend hulpverleners.
- De [regiekaart Hollands Midden](#) wordt gebruikt als basisafspraken voor de inzet van casusregie en procesregie.

Na 2025 dient aandacht te blijven voor het borgen en doorontwikkelen van de afspraken rond regie.

### Werken op basis van uitgangspunten 1 Gezin/Huishouden 1 Plan 1 Regisseur

De regio heeft het werken volgens 1 Gezin 1 Plan bestuurlijk omarmd. Voor de contracten jeugd is daartoe eerder aangesloten bij de Richtlijn 1Gezin1Plan1Regisseur (1G1P1R). Met de inkoop 2025 wordt het werken volgens 1Gezin/Huishouden 1 Plan 1 Regisseur ook onderdeel van de contracten Wmo. Jeugdhulp- en Wmo-aanbieders werken volgens de uitgangspunten genoemd in 1G1P1R.

1G1P1R is bedoeld voor alle burgers tussen -9 maanden en 100 jaar met een (mogelijke) kwetsbaarheid.

Vanuit de aanpak 1G1P1R zijn alle inwoners tussen -9 maanden en 100+ jaar kwetsbaar wanneer zij vallen binnen onderstaande criteria. Het betreft huishoudens/gezinnen waarbij:

- leden in mindere mate zelfredzaam zijn, niet volwaardig en actief participeren in de maatschappij;
- er zorgen zijn en waarbij op verschillende leefgebieden zorg en ondersteuning nodig is;
- leden in een onveilige en/of ongezonde situatie leven en geen passende, samenhangende en effectieve zorg en ondersteuning krijgen, waardoor ze in een steeds kwetsbaardere positie terecht komen;
- leden moeite hebben met het zelf formuleren van hun hulpvraag en het organiseren van passende zorg en ondersteuning voor henzelf en familieleden;
- leden daarnaast soms zorgmijdend gedrag vertonen, of;
- de ingezette zorg en ondersteuning onvoldoende effect heeft en niet bestendig genoeg is om de problemen op de langere termijn op te lossen of beheersbaar te maken.

### **Eigen regie**

De inwoner, ouders en/of (afhankelijk van de leeftijd) jeugdigen hebben de belangrijkste rol bij het uitvoeren van het plan voor het gezin of het huishouden. De betrokken hulpverlener ondersteunt en begeleidt hen hierbij en in uitzonderlijke gevallen kan het nodig zijn om (tijdelijk) de regie over te nemen. Zelfs als er een jeugdbeschermingsmaatregel is, wordt zoveel mogelijk de regie bij het gezin gehouden. Het gedeeltelijk overnemen van gezag betekent niet automatisch dat de regie op het plan volledig wordt overgenomen. Waar mogelijk blijft de inwoner, ouders en/of de jeugdige zelf regie houden op (een deel van) het plan.

### **Casusregie**

Casusregie ligt bij de zorgaanbieder of betrokken hulpverlener. De casusregisseur heeft een actieve en directe betrokkenheid bij de inwoner/de jeugdige en de eventuele leden van het huishouden. Casusregie is het organiseren, afstemmen en volgen van de benodigde hulpverlening in de praktische uitvoering aan jeugdige/gezin / huishouden, waarbij het eigen netwerk en meerdere hulpverleners betrokken zijn. De casusregisseur heeft de regie op de uitvoering van het plan van aanpak.

Hij/zij organiseert de praktische samenwerking rond een zorg- of hulpvraag van een jeugdige, gezin of huishouden. De casusregisseur werkt samen met alle betrokken hulpverleners die direct contact hebben met de jeugdige, het gezin of huishouden om het opgestelde plan uit te voeren. De betrokken hulpverlener is nog steeds verantwoordelijk voor het meewerken aan de uitvoering van het plan, zelfs als dit activiteiten betreft die de organisatie overstijgen. Samenwerking en afstemming in een samenhangende aanpak (wat de kern van 1G1P1R is) vraagt immers soms om de eigen aanpak net even anders te organiseren om zo te komen tot deze gewenste effectieve samenwerking. Als samenwerking stagneert of het behalen van de gestelde doelen uit het plan komt in gevaar (continuïteit), schaaft de casusregisseur op naar het Sociaal team, het Toegangsteam of de procesregisseur.

Casusregie is een basisvaardigheid voor Jeugdhulpverleners en Wmo-ondersteuners die verblijf, dagbesteding, ambulante behandeling of begeleiding bieden, met uitzondering van huishoudelijke hulp.

## Procesregie

Procesregie ligt in beginsel bij het de lokale toegang (Sociaal Team, Toegangsteam) of gecertificeerde instelling of zorg- en veiligheidshuis (HECHT). Een procesregisseur wordt aangesteld als in het gezin of huishouden sprake is van samenhangende of domein overstijgende hulpvragen of situaties waarbij meer regie op de gestelde doelen gewenst is. De procesregisseur leidt de totstandkoming van het plan van aanpak. De procesregisseur zorgt ervoor dat er een gezamenlijke analyse wordt gemaakt, dat gezamenlijke doelen worden vastgesteld en dat een gezamenlijk plan van aanpak wordt opgesteld. De uitvoering van dit plan wordt op afstand gevolgd (gemonitord) door de procesregisseur, en bij afronding zorgt hij/zij voor een evaluatie. De procesregisseur is dus een coördinator voor de betrokken partijen. Gezien de aard en het karakter van het werk is de persoon die de procesregie uitvoert in principe niet betrokken bij en niet verantwoordelijk voor de praktische uitvoering van de begeleiding of behandeling.

## Uitvoeringsverantwoordelijkheid betrokken hulpverlener

Als ouders, jeugdigen of het huishouden de leiding hebben of als de casusregie is toevertrouwd aan een casusregisseur, blijft de betrokken hulpverlener verantwoordelijk voor het sturen van de uitvoering van hun eigen werk, inclusief het opmerken en handelen bij onveilige situaties. Dit betekent ook het gebruik en toepassing van de meldcode Huiselijke Geweld en Kindermishandeling bij vermoedens van geweld in huiselijke kring.

Als meerdere organisaties betrokken zijn bij het gezin of huishouden, wordt waar nodig pro-actief met de jeugdige/het gezin/de inwoner en de andere hulpverleners of behandelaars afgestemd over hulp, voortgang van de doelen en veiligheidsafspraken. We werken immers allemaal volgens het principe van '1 gezin/huishouden 1 plan 1 regisseur'.

## Escalatie

De afspraken over wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van de proces- en casusregie zijn vastgelegd in de regiekaart 1Gezin1Plan/1Huishouden1Plan. De meest recente versie is opgenomen in Bijlage 1.

Van betrokken hulpverleners en casusregisseurs wordt verwacht dat zij tijdig signaleren dat de gemaakte afspraken in het geding komen en dat zij dit bespreekbaar maken binnen het gezin/huishouden of met de inwoner. Als er geen verbetering optreedt in de situatie, wordt verwacht dat er opgeschaald wordt naar de lokale toegang of (indien aanwezig) de procesregisseur. De procesregisseur is verantwoordelijk voor het goed lopen van het proces en het escaleren als er problemen zijn in de aanpak op inhoud, regelgeving of organisatie.

### 5.4.2 Wachttijden

Wachttijden of wachtlijsten in de zorg zijn een belangrijk gespreksonderwerp. Zowel zorgaanbieders als gemeenten zetten in op het beperken van de wachtlijsten en wachttijden. Wachttijden komen voort uit een complex geheel van onderling samenhangende factoren en ontstaan door diverse onderliggende oorzaken waardoor er geen 'quick fix' of uniforme oplossing is. Niet altijd en niet voor alle ondersteuning is het direct een probleem en/of schadelijk. De mate waarin en waarop de inwoner moet wachten, in samenhang met de invloed van het wachten op de situatie van de inwoner bepalen hoe urgent en problematisch dit vraagstuk is.

Het vraagstuk van wachtlijsten en wachttijden is breder dan inkoop en valt dus ook niet alleen met contracten op te lossen. Voor gecontracteerde zorgaanbieders in de regio Holland Midden komen

een aantal eisen en voorwaarden in het Inkoopdocument en in de Overeenkomst. Deze hebben betrekking op:

- Acceptabele wachttijden
- Proactieve informatieplicht aan gemeenten en inwoners
- Aanleveren van informatie over wachttijden
- Cliëntenstop bij wachtlijst is mogelijk ná toestemming
- Medewerking aan alternatieve ondersteuning

### **Overbruggingszorg**

Bij lange wachttijden is het van belang dat er heldere afspraken zijn over overbruggingszorg: wie is verantwoordelijk. In dit kader zijn twee situaties te onderscheiden:

- De wachttijd voordat intake bij de aanbieder heeft plaatsgevonden. In deze situatie is de verwijzer verantwoordelijk om te bekijken wat in de overbruggingsperiode nodig is.
- De wachttijd tussen intake en feitelijke behandeling/ ondersteuning. Vanaf het moment dat intake heeft plaatsgevonden en de cliënt geaccepteerd is ligt verantwoordelijkheid voor de casusregie en daarmee voor overbruggingszorg bij de zorgaanbieder.

Het inkopen van overbruggingshulp kan wellicht bijdragen aan het verminderen van de wachttijdenproblematiek. Hierbij denken we aan het ontwikkelen van collectief aanbod als overbruggingszorg of soms ook als alternatief (b.v. groepsbijeenkomsten in plaats van individuele behandelingen). Het onderzoeken van de mogelijkheden naar collectief aanbod heeft een positief gevolg voor wachtlijstbeheer en gaat wachtlijstvervuiling tegen. Daarnaast is gebleken dat de effectieve behandelingsduur soms verkort wordt (van de eigenlijke behandeling die daarna plaatsvindt) of zelfs overbodig is. Daarnaast kan start van hulp via een collectief aanbod bij onduidelijke casuïstiek aanknopingspunten opleveren die vervolgens zorgen voor effectievere (vervolg)hulp. Het product overbruggingshulp dient verder uitgewerkt te worden en is nu nog niet in het productenaanbod voor 2025 opgenomen, maar wordt als ontwikkelpunt meegegeven aan RWO.

## 6 Inkoopprocedures: uitwerking per contract

### 6.1 Contract Jeugdbescherming en Jeugdreclassering

Dit contract valt onder het zogeheten ‘gedwongen kader’ wat betekent dat deze zorg ingezet wordt op basis van een rechterlijke uitspraak.

De gecertificeerde instellingen (GI) werken veelal bovenregionaal of zelfs landelijk. Gezien de ontwikkelingen is het zinvol om in het contract flexibiliteit te organiseren om de landelijke ontwikkelingen te volgen en afgestemde lijnen binnen de jeugdbeschermingsregio op het niveau van Zuidwest te implementeren.

Voor de jeugdbescherming geldt dat de bestuurlijke wens vanuit de gemeenteraden is om samen met de GI's die primair actief zijn in onze regio doelstellingen voor de kwaliteit van de zorg overeen te komen en hierop te sturen en te rapporteren. De ontwikkelingen die in deze plannen met de GI's in gang worden gezet dienen in lijn te zijn met de Hervormingsagenda Jeugd en het toekomstscenario Jeugd- en gezinsbescherming en vragen mogelijk bovenregionale afstemming.

#### 6.1.1 Procedure

Landelijk is er een beperkt aantal aanbieders dat deze vorm van zorg kan en mag leveren. In onze regio zijn er momenteel vijf gecontracteerd. Gezien deze kleine markt wordt hier een enkelvoudig onderhandse aanbesteding procedure gehanteerd. Dit houdt in dat de geschikte aanbieders rechtstreeks uitgenodigd worden om deel te nemen. Er is geen sprake van concurrentiestelling: elke aanbieder heeft zijn eigen inkooptraject.

De producten blijven ongewijzigd en sluiten aan op de productomschrijvingen zoals ook nu gehanteerd worden met waar nodig aanscherpingen op basis van bovenregionale afstemming.

#### 6.1.2 Looptijd

De looptijd is initieel 3 jaar, met verlengingen van achtereenvolgens 3, 2 en 2 jaar.

In de contracten komt een bepaling dat deze opgezegd kunnen worden indien landelijk beleid hier aanleiding toe geeft.

#### 6.1.3 Bekostiging

Bekostiging vindt plaats via  $p \cdot q$ . Vanaf 2024 gelden landelijke tarieven voor de jeugdbescherming en jeugdreclassering. Waar nodig met een ingroeipad per aanbieder. Dit ingroeipad wordt op bovenregionaal afgesproken.

### 6.2 Contract JeugdzorgPlus

Onder JeugdzorgPlus verstaan we zorg met verblijf in een gedwongen (gesloten) setting.

Ook JeugdzorgPlus betreft een kleine groep, bovenregionale, aanbieders. Ook hier speelt een landelijke sturing op continuïteit van de aanbieders. Bovenregionale samenwerking is verplicht en krijgt o.a. vorm in een bovenregionaal plan vastgesteld door de colleges dat elk half jaar geüpdate dient te worden conform de opdracht van VWS. In dit plan zijn de aantallen met elkaar vastgesteld en in lijn daarmee worden aanvullend gezamenlijke afspraken gemaakt over producten en tarieven. Op dit moment zijn er twee aanbieders gecontracteerd in onze regio. Het betreft minder dan 10 nieuwe plaatsingen per jaar. Er zijn bovenregionale afspraken gemaakt over het borgen van continuïteit van deze aanbieders.

Regio Midden-Holland is verplicht hier financieel aan bij te dragen. In een bovenregionaal plan is aangegeven dat we op termijn transformeren van twee aanbieders naar één aanbieder, Schakenbosch. Vanwege de specialisaties van beide aanbieders, is het niet realistisch om te verwachten dat de verwijzers (de gecertificeerde instellingen) op korte termijn slechts naar één aanbieder kunnen doorverwijzen. De lijn is daarmee om beide aanbieders vanaf 2025 te contracteren, maar de contractduur aan te laten sluiten op het bovenregionaal plan.

Voor de toekomst zijn er ontwikkelingen denkbaar voor bovenregionale inkoop of de inkoop mogelijk beleggen bij een van de andere jeugdhulpregio's. In de contractduur is rekening gehouden met opties daartoe.

De afgelopen jaren is al in de regio sterk ingezet op het bieden van alternatieve oplossingen voor gesloten jeugdhulp of zorg buiten de regio.

#### 6.2.1 Procedure

In plaats van een Europese aanbesteding conform het SAS-regime, wordt hier de Europese onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking voorgesteld. Dit komt er neer dat de twee overeenkomsten onderhands worden gegund aan de huidige aanbieders, met dien verstande dat de keuze voor de procedure gedegen moet worden gemotiveerd.

#### 6.2.2 Looptijd

In afwijking van de andere contracten in het gedwongen kader wordt dit contract afgesloten voor twee jaar, met één jaar stilzwijgend verlengen (verlengd tenzij gemeente anders aangeeft) met beide huidige aanbieders. Daarna jaarlijkse verlengingen met voorafgaand besluit (niet verlengd tenzij gemeente anders aangeeft).

In de contracten komt een bepaling dat deze opgezegd kunnen worden indien landelijk beleid hier aanleiding toe geeft.

#### 6.2.3 Bekostiging

Bekostiging vindt plaats via p\*q. Tarieven sluiten aan op Haaglanden.

#### 6.2.4 Fasering na 2025

De grote opgave op dit contract ligt op de afbouw van jeugdzorgplus die past bij de opbouw van alternatieven. De afbouw zal goed moeten worden gemonitord en indien mogelijk kan eerder of later tot opzegging van de overeenkomst worden overgegaan. Verder moet aangesloten blijven worden bij de landelijke ontwikkelingen, waaronder mogelijk landelijke inkoop, of wenselijke of verplichte bovenregionale inkoop.

### 6.3 Contract Forensische GGZ

Het betreft slechts één product (forensische GGZ). Omdat toeleiding van dit product via de rechtbank verloopt, is het product niet ondergebracht bij Hoog Specialistisch maar als zelfstandig contract.

Dit product wordt nu door twee aanbieders geleverd. De mogelijkheid bestaat dat dit op termijn op landelijk niveau ingekocht gaat worden in het kader van de hervormingsagenda jeugd

### 6.3.1 Procedure

In plaats van een Europese aanbesteding conform het SAS-regime, wordt hier de Europese onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking voorgesteld. Dit komt er neer dat de twee overeenkomsten onderhands worden gegund.

### 6.3.2 Looptijd

Voorgestelde looptijd is initieel 3 jaar, met stilzwijgende verlengingen van achtereenvolgens 3, 2 en 2 jaar.

In de contracten komt een bepaling dat deze opgezegd kunnen worden indien landelijk beleid hier aanleiding toe geeft.

### 6.3.3 Bekostiging

Bekostiging vindt plaats via p\*q. Tarieven sluiten aan op de tarieven van de gespecialiseerde GGZ. Hier is gekozen voor aansluiten bij regio Rijnmond omdat hier de thuisbasis is van de aanbieders.

### 6.3.4 Fasering na 2025

Blijven afstemmen op landelijke ontwikkelingen maar geen eigen ontwikkelambitie.

## 6.4 Contract Crisisdienst

### 6.4.1 Omschrijving

De crisisdienst betreft het aannemen van de crisisaanmelding, noodopvang en het coördineren van de inzet van crisishulp.

Momenteel loopt er een project om de crisisdienst in samenwerking met de aanbieders GGZ beter in te richten. Op basis van deze ervaringen wordt in 2024 een voorstel ontwikkeld voor de crisisdienst vanaf 2025.

De verbinding met het contract hoog-specialistische jeugdhulp is belangrijk, omdat daarin de producten zitten die bij een crisis ingezet kunnen worden (crisishulp). In het contract Hoog Specialistisch worden eisen gesteld over snelle inzet en soort hulp. Het toekomstige contract Crisisdienst moet hiermee in lijn zijn.

### 6.4.2 Procedure

Nader te bepalen. De verwachting is dat een aanbesteding met dialoog het meest passend zal zijn.

### 6.4.3 Looptijd

Nader te bepalen. Het is raadzaam de looptijd af te stemmen op het contract hoog-specialistisch, zodat samenvoeging op termijn mogelijk is.

### 6.4.4 Bekostiging

Nader te bepalen. Naar verwachting lump sum.

### 6.4.5 Fasering na 2025

In het voorstel dat in 2024 opgesteld wordt, wordt meegenomen welke verdere fasering en doorontwikkeling wenselijk is.

## 6.5 Contract Hoog specialistisch – Jeugd

Dit contract betreft de hoog specialistische jeugdhulp inclusief behandeling met verblijf en crisiszorg. Dit contract heeft de hoogste prioriteit: de meest kwetsbare doelgroep, maar ook zorg of deze groep altijd tijdig de juiste hulp krijgt. De medewerkers van de gemeentelijke toegang ervaren moeite om jeugdigen met complexe problematiek geplaatst te krijgen. De toegang gaat vanwege de ernst van de problematiek vaak via externe (niet-gemeentelijke) verwijzers.

In dit contract is een grote ambitie

- 1) om zorg meer ambulant in te zetten;
- 2) de aansluiting op alle leefgebieden en eigen omgeving te houden en
- 3) flexibiliteit in te bouwen zodat ingezet kan worden wat op dát moment nodig is om de jeugdige perspectief te bieden op herstel of verbetering.

In dit contract werken we toe naar een intensieve samenwerking met een kleine groep aanbieders om samen aan de ontwikkelopgaven te werken en de nieuwe werkwijze werkend te krijgen. Van aanbieders verwachten we dat ze zich verantwoordelijk opstellen. Dat faciliteren wij door onze flexibiliteit ten aanzien van het combineren van producten en n beschikkingen. Er is een schatting van het totale budget. Gezamenlijk kijken we - gemeente, verwijzers en aanbieders - welke kinderen in dit contract horen en met deze extra ruimte moeten worden behandeld. Wanneer we constateren dat er meer wordt uitgegeven dan verwacht mag worden, kijken we hoe dit past bij de groep kinderen en welke aanpassingen we in het zorglandschap of contract moeten doen.

We zetten in op een kleine (10-12) groep aanbieders waarbij ‘gedeeld eigenaarschap’ uitgangspunt is. Kinderen van wie voor de verwijzer en/of zorgaanbieder niet direct duidelijk is of ze in dit contract vallen worden besproken op de Hoog Specialistische tafel waarbij direct gezamenlijk de hoofd-zorgaanbieder wordt bepaald. Voor een aantal jeugdigen (met name hoog-SGGZ) is deze bespreking niet nodig, zij vallen wel binnen dit contract maar kunnen direct bij een zorgaanbieder terecht. Deze hoofd-zorgaanbieder maakt samen met andere aanbieders een totaal plan van aanpak waarin de benodigde zorg voor het kind is opgenomen, binnen en buiten dit contract. Op basis van dit plan van aanpak kan de lokale toegang de benodigde beschikkingen afgeven. Indien gevraagd, worden ruime beschikkingen afgegeven zodat de lead-aanbieder in de uitvoering de ruimte heeft om in te zetten wat nodig is en snel kan schakelen.

De hoog-specialistische tafel heeft een nauwe samenhang met de huidige verblijfstafel en experttafel. Dit vraagt om een doorontwikkeling en biedt ook kansen om voort te borduren op een samenwerking die al bestaat rondom jeugdigen met complexe problematiek. Onderzocht wordt hoe de samenhang tussen de expert- en verblijfstafel met de introductie van de hoog-specialistische tafel versterkt kan worden. Samenvoeging van de verblijfstafel en experttafel in de hoog-specialistische tafel is een van de mogelijkheden. In de implementatie wordt bekeken welke stappen hierin al gezet kunnen worden voor 2025 en wat gefaseerd na 2025 opgepakt wordt samen met de betrokken partijen.

Op termijn onderzoeken we de mogelijkheid en haalbaarheid om uit te breiden met de producten Wonen jeugd (na 8 jaar mogelijk) en crisisdienst jeugd GGZ en J&O (mogelijk al per 2026).

Tevens bieden deze aanbieders de consultatiemogelijkheid voor aanbieders uit andere contracten en gemeenten. Het gaat dan om consultatie over inwoners waarbij de beschikking niet onder dit contract valt. De consultatie is gericht op voorkoming van onnodige opschaling, de mogelijkheid te



vergroten voor afschaling, en expertise in de organisaties makkelijker in te kunnen zetten voor jeugdigen die bij andere organisaties in zorg zijn.

### 6.5.1 Procedure

Om terug te kunnen komen naar 10-12 aanbieders met een dekkend zorgaanbod, is het noodzakelijk om een SAS-aanbesteding te houden.

In deze aanbesteding wordt eerst een selectiefase gedaan waarbij de potentiële aanbieders getoetst worden op dezelfde criteria als de toelatingscriteria in de Open House. Aanvullend hierop worden al selectiecriteria opgesteld om het aantal gegadigden terug te brengen.

Daarna volgt de zogeheten gunningsfase. Tijdens deze fase wordt door middel van dialooggesprekken in gezamenlijkheid de laatste hand gelegd aan de opzet van de verwijstafel en de eisen die daaraan gesteld worden aan zowel gemeenten als aanbieders en de financiering van de consultatiefunctie.

De uiteindelijke gunning vindt plaats op basis van een vergelijking op kwaliteit. Kwaliteit vertaalt zich in:

1. Aantal plaatsen in de regio
2. Kwaliteit van de deelnemer(s) aan de Verwijstafel
3. Ervaring in samenwerking met andere aanbieders, voorliggend veld en andere organisaties.
4. Inzicht in wat er moet gebeuren om dit contract tot een succes te maken.

### 6.5.2 Looptijd

Om de aanbieders samen met de gemeenten de tijd te geven deze nieuwe werkwijze door te ontwikkelen, is het van belang om een passende looptijd aan te bieden waar wij het vertrouwen uitspreken richting aanbieders en er ook tijd is om te oefenen met deze werkvorm. De initiële looptijd is daarom 4 jaar. Er wordt gedurende deze jaren samen met de aanbieders gemonitord of de beoogde groep jeugdigen inderdaad meer de juiste zorg krijgt binnen de regio dan er nu gebeurt middels URC's. We monitoren de financiële uitgaven, de doorlooptijd en terugkeer in eigen omgeving van deze jeugdigen aan de hand van de data van de afgelopen 5 jaar. Daarnaast gebruiken we landelijke data waar mogelijk voor deze groep op doorlooptijd, financiën en recidive-cijfers. Wanneer zowel de gemeenten, andere verwijzers, ouders en jeugdigen, én zorgaanbieders de samenwerking goed vinden, of er voldoende ontwikkeling wordt gezien op deze punten, volgt een verlenging van nogmaals 4 jaar en als laatste een verlenging van 2 jaar.

### 6.5.3 Bekostiging

Binnen dit contract komen verschillende bekostigingsvormen voor.

- De daadwerkelijke zorg gaat grotendeels via een p\*q bekostiging. Gezien de specialisaties en complexe zorg, heeft een aantal producten in dit contract de mogelijkheid tot een aanbieder-specifiek tarief.
- Beschikbaarheidsfinanciering voor crisis verblijfsplekken.  
De aanbieders ontvangen per jeugdige (p\*q) een bedrag voor hoog-complexe casusregie. Deze code stelt de gemeenten tevens in staat de jeugdigen in dit contract te monitoren en uit de verschillende andere contracten hun beschikkingen te distilleren.

- Gezien de grote samenwerking en inzet die gevraagd wordt op expertise, mandaat en overleg bieden we de aanbieders een lump sum vergoeding voor hun aanwezigheid en voorbereiding aan de verwijstafel.
- Een vast bedrag (lump sum) voor de consultatiefunctie.

Omdat de uitvoering van deze producten sterk kan wisselen (groeps grootte, doelgroep), bieden een aantal producten in dit contract de mogelijkheid voor een aanbieder-specifiek tarief.

#### 6.5.4 Fasering na 2025

In eerste instantie zal de focus liggen op de borging van de nieuwe werkwijze. De wens is om naar algemene (profiel-)beschikkingen te gaan, los van beschikkingen op productniveau. De eerste 4 jaar 2025-2028 gebruiken we om aan de hand van monitoring te onderzoeken welke producten samen als set vaak worden ingezet, om deze profielen te kunnen bepalen.

## 6.6 Contract Wonen – Jeugd en jongvolwassenen

In dit contract vallen de structurele woonvormen (gezinshuizen, pleegzorg) en de groeiende vraag naar kortdurende respijtzorg (logeren, weekend, vakantie).

In dit contract vallen ook producten voor jongvolwassenen (18-21 jaar). Een bekend knelpunt in de groep 18-jarigen is dat - omdat zij de leeftijd van 18 bereiken - ze geen toegang meer hebben tot jeugdhulp. Door strakkere casusregie moeten er eerder afspraken gemaakt worden over de periode 18- / 18+ (Toekomstplan).

Om de zorg voor deze jongvolwassenen goed te organiseren over de grenzen van jeugdwet en Wmo heen, wordt een nieuw product ingekocht specifiek voor deze doelgroep, zodat de jongvolwassene kan zorgen voor een 'zachte landing' naar een studie, werk of uitkering met passende woonvorm. In dit product zijn de woonkosten opgenomen. Voor de financiering is de 'latende' gemeente verantwoordelijk, vergelijkbaar met het woonplaatsbeginsel in de jeugdwet. Voor dit product wordt vanuit de Wmo een beschikking afgegeven, waarmee de lokale toegang de duur bepaald.

Voor jeugdigen die van hun ouders geen zak- en kleedgeld ontvangen zorgen de aanbieders voor uitvoering van de landelijke zak- en kleedgeldregeling.

### 6.6.1 Procedure

Omdat er een structureel tekort is aan (goede) gezinshuizen en pleegzorg, ligt een aanbesteding niet voor de hand maar is gekozen voor een Open House. Dit maakt het mogelijk om tussentijds nieuwe partijen toe te laten treden. Ook omdat het onwenselijk is om jeugdigen uit hun leefomgeving te halen, enkel omdat een – wellicht goede- aanbieder niet meer gecontracteerd is.

Omdat er sprake is van een tekort, is de verwachting dat de Open House in januari 2025 wel meteen open gaat voor mogelijkheid nieuwe toetreders.

### 6.6.2 Looptijd

De aanbieders in dit contract moeten een woonvorm (vastgoed) beschikbaar hebben. We willen deze aanbieders dus financiële zekerheid voor een langere periode bieden.

De initiële looptijd is 5 jaar, met een verlenging van 3 jaar en een verlenging van 2 jaar.

### 6.6.3 Bekostiging

Alle producten p\*q.

Indicatie voor het kamertrainingscentrum 18+ gaat op basis van een Wmo-beschikking. Omdat het woonplaatsbeginsel dan niet van toepassing is, betekent dit dat de gemeente waar de locatie gevestigd is financieel verantwoordelijk zou worden voor alle cliënten. In 2024 wordt een voorstel uitgewerkt waarbij deze kosten evenredig verdeeld worden naar gebruik, conform het woonplaatsbeginsel zoals dat binnen de Jeugdwet geldt of in aansluiting op de afspraken rond beschut wonen.

### 6.6.4 Fasering na 2025

- Mockingbird: dit is een pilot om het aantal breakdowns in pleeggezinnen te verminderen. Deze pilot loopt nog en Nederlandse cijfers zijn onvoldoende beschikbaar om uit te werken als product. Amerikaanse cijfers zijn veelbelovend, maar omdat we secuur willen zijn en het Amerikaanse model niet één op één te vergelijken is met het Nederlandse model wordt de pilot in 2024 geëvalueerd. De pilot loopt tot eind 2024. In 2024 vindt besluitvorming plaats over al dan niet structurele borging en vervolgens over wijze en financiering.
- Kamertrainingscentrum 18+: dit wordt per 2025 als nieuw product ingekocht. Maar bedoeling is om dit met de aanbieders vanuit de praktijk verder door te ontwikkelen. Vraagstukken daarbij zijn: is er ook een ktc-product nodig, waarbij de jongere zelf huur betaalt, hoe zorg je in de krappe woningmarkt wel voor uitstroom, is diversiteit in groepen nodig, is onderscheid met de andere Wmo-woonproducten voldoende scherp.

## 6.7 Contract Wonen – Wmo

Segment waarin sterke focus ligt op de verschuiving van beschermd wonen naar zelfstandig wonen in de wijk met begeleiding (Beschermd Thuis) en verminderen van wachtlijsten. Focus in dit contract ligt op de producten Beschermd wonen en (ambulante) alternatieven.

Veel producten in dit contract zijn gewijzigd: een aantal producten bleken overgangproducten (uit 2015) die niet meer nodig zijn en gestopt worden. En er worden nieuwe producten geïntroduceerd, die beter aansluiten bij de beoogde doelgroep.

### 6.7.1 Procedure

De overwegingen in dit contract zijn uiteenlopend geweest: enerzijds de wens om met een kleine groep snel ambulante alternatieven te kunnen ontwikkelen, anderzijds de tekorten aan plekken waardoor er altijd plek moet zijn voor extra, kwalitatief goede, aanbieders.

Er worden twee contracten aanbesteedt:

1. Kernpartners: partijen waarmee de gemeenten de ontwikkelopgave wil aangaan voor de ambulantisering van het beschermd wonen. In de visie van de gemeenten zijn dit partijen die (groot) aanbod hebben in de regio van de 5 gemeenten en die samen willen werken met de gemeenten. De kernpartners krijgen de ontwikkelopgave mee voor dit contract. Dat betekent ook dat kernpartners als eerste de mogelijkheid hebben om een leemte in het zorglandschap te vullen en als enige in aanmerking komen voor pilotprojecten. Hiervoor krijgen de kernpartners toegang tot het innovatiebudget in dit contract.
2. Niet-kernpartners: Partijen die een klein specifiek aanbod hebben binnen of buiten regio van de 5 gemeenten. Gemeenten willen dit specifieke aanbod vaak gericht op een specifieke

doelgroep rechtstreeks contracteren zodat dit kan aansluiten bij de ontwikkelopgave die met de kernpartners doorlopen wordt.

Dit krijgt vorm als SAS-aanbesteding met twee percelen. Aanbieders kunnen inschrijven op beide percelen. Indien zij voor beide percelen kwalificeren, krijgen zij gegund als kernpartner.

### 6.7.2 Looptijd

De aanbieders in dit contract moeten een woonvorm (vastgoed) beschikbaar hebben en met de kernpartners willen we innoveren. We willen deze aanbieders dus financiële zekerheid voor een langere periode bieden. De initiële looptijd is 5 jaar, met een verlenging van 3 jaar en een verlenging van 2 jaar.

### 6.7.3 Bekostiging

Alle producten op basis van  $p \cdot q$ .

Omdat de uitvoering van deze producten sterk kan wisselen (groeps grootte, doelgroep), bieden een aantal producten in dit contract de mogelijkheid voor een aanbieder-specifiek tarief.

### 6.7.4 Fasering na 2025

Met kernpartners inzetten op ontwikkelen of implementeren van nieuwe producten om ambulantisering van zorg te faciliteren.

## 6.8 Contract Ambulant – Jeugd & contract Ambulant Wmo

De contracten Ambulant Jeugd en ambulant Wmo zijn qua inkoopkeuzes gelijk. Voor jeugd betreft het zowel begeleiding als behandeling. De geboden ondersteuning varieert voor jeugd van lichte ondersteuning tot aan specialistische behandeling, zowel GGZ als jeugd en opvoedondersteuning. Voor Wmo gaat het alleen om begeleiding.

De bestaande producten zijn kritisch tegen het licht gehouden, waarbij aanbieder-specifieke producten vermeden worden. Ook heeft aanscherping van omschrijvingen en eisen plaats gevonden. Zo is het onderscheid tussen begeleiding regulier en specialistisch niet gebaseerd op de complexiteit van de problematiek van de inwoners/ jeugdige maar op de inzet die nodig is. Dit is gekoppeld aan de mate van inzet van hoger geschoold personeel.

#### *Specifiek voor Ambulant jeugd*

Vaktherapie voor jeugdigen is mogelijk als onderdeel van een behandeltraject, het kan vanuit de regionale inkoop niet als zelfstandig product ingezet worden. Dit is in lijn met de inkoop door zorgverzekeraars voor de volwassenzorg.

Afgelopen jaren heeft een pilot gelopen met een strippenkaart om na afronding van een behandeltraject de cliënt de mogelijkheid te geven incidenteel nog een beroep te kunnen doen op de aanbieder. Een soort waakvlamfunctie. De ervaringen waren positief. Deze werkwijze kan structureel voortgezet worden door het afgeven van beschikkingen met een kleine omvang. Vanuit inkoop zijn hier geen aanpassingen voor nodig.

### 6.8.1 Procedure

In deze contracten komen naar verwachting de meeste aanbieders. De afweging tussen het verminderen van aanbieders om betere sturing te hebben of de keuze voor een fijnmazig (lokaal) zorglandschap met ruimte voor aanbieders voor specifieke doelgroepen is hier essentieel. Vanwege de grote diversiteit van doelgroepen en vormen van ambulante ondersteuning, de nabijheid en gewenste aansluiting op de lokale ondersteuningsstructuur is een fijnmazig zorglandschap wenselijk.

Er zijn geen financiële baten te verwachten vanuit de keuze voor een inkoopprocedure en er zijn ook geen grote innovatie ambities zijn op de producten in deze contracten. Daarom wordt een Open House-procedure toegepast. Contractmanagement wordt ingericht, passend bij de verschillende soorten aanbieders in dit segment, waarmee het grote aantal aanbieders wel beter beheersbaar wordt. Door gericht contractmanagement, in combinatie met het beëindigen van de contracten van niet-presterende aanbieders – zowel op zorg, als bedrijfsvoering als aantallen inwoners per jaar – is de verwachting dat dit contract in een aantal jaren leidt tot een grote maar goede groep aanbieders.

### 6.8.2 Looptijd

De initiële looptijd is gezet op 3 jaar met verlengingen van 2+2+2+1 jaar.

### 6.8.3 Bekostiging

Alle producten gaan op basis van  $p \cdot q$ .

De Basis en gespecialiseerde GGZ gaan van een trajecttarieven naar een minutentarieef waarbij de lokale toegang bepaalt hoeveel en hoelang inzet er nodig is. Daarmee vervallen veel producten en wordt inzet flexibeler.

Omdat de uitvoering van deze producten sterk kan wisselen (groeps grootte, doelgroep), bieden een aantal producten in dit contract de mogelijkheid voor een aanbieder-specifiek tarief.

### 6.8.4 Fasering na 2025

Ontwikkeling zal met name tijdens contract plaatsvinden. Ambitie zit in verbeteringen van de sturing en controle op aanbieders. Het gaat dan om contractmanagement en leveranciersmanagement: dossieropbouw en het niet-verlengen van het contract bij het niet voldoen aan de kwaliteitseisen van zorg of bedrijfsvoering. Bij de lokale toegang ligt de verantwoordelijkheid voor het opstellen van beschikkingen met heldere doelen en passende beschikkingsduur en afspraken over tussentijds evalueren en controle op gebruik van evaluatieverslagen, toekomstplan en dergelijke. Blijvend moet gemonitord worden of de productenstructuur voldoende passend is om goed te kunnen sturen. Nadere ontwikkeling is nodig voor het kunnen bieden van groepsgewijze begeleiding.

#### *Specifiek voor Ambulant jeugd*

De ontwikkeling van Zorg in Onderwijstijd: Momenteel wordt onderzocht of de zorg die op school (sbo-scholen en speciaal onderwijs) wordt geboden via collectieve financiering geborgd kan worden. Afhankelijk van de uitwerking kan dit betekenen dat (een deel van) deze zorg niet meer via het contract Ambulant jeugd ingezet wordt maar via school wordt gefinancierd middels collectieve financiering.

## 6.9 Contract Dagbesteding – Jeugd & contract dagbesteding en logeren Wmo

In beide contracten Dagbesteding liggen ontwikkelmogelijkheden die binnen de huidige inkoop niet opgepakt kunnen worden. Hier wordt dus gekozen voor contracten met een korte looptijd, zodat de ontwikkelopgaven vanaf 2025 snel opgepakt kunnen worden.

Binnen deze contracten komen meer handvatten voor het onderscheid tussen ‘Dagbesteding met ontwikkelperspectief’ en ‘Dagbesteding zonder ontwikkelperspectief’. Dit is vertaald in verschillende producten met een andere inzet van personeel (opleidingsniveau) en producteisen (bij Dagbesteding zonder perspectief geen administratieve last met plannen van aanpak en reflectiemomenten).

### *Specifiek voor dagbesteding- jeugd*

In dit contract zijn nadere afspraken opgenomen waar het thuiszitters betreft en zijn meer verantwoordelijkheden bij de aanbieder neergelegd om de verbinding met het onderwijs te behouden.

#### 6.9.1 Procedure

Gezien de ontwikkelambitie en het voornemen om deze op korte termijn opnieuw te contracteren, is het voorstel nu om zo min mogelijk risico te lopen door de inzet van een Open House.

#### 6.9.2 Looptijd

Initiële looptijd van 2 jaar met 8 verlengingen van één jaar.

#### 6.9.3 Bekostiging

Alle producten p\*q.

Omdat de uitvoering van deze producten sterk kan wisselen (groepsgrootte, doelgroep), bieden een aantal producten in dit contract de mogelijkheid voor een aanbieder-specifiek tarief.

#### 6.9.4 Fasering na 2025

In 2025 starten inkooptrajecten voor dagbesteding voor zowel jeugd als Wmo om de gewenste ontwikkelingen beter te borgen. Deze ontwikkelingen zijn:

- Verkenning of verdergaande veranderingen in de inkoopkeuzes (bijvoorbeeld financieringsvorm) kunnen bijdragen aan betere beheersing van de kosten en verbeteren van de aansluiting/ verbinding op het gewone leven en de eigen omgeving.
- Vervoer: met de inkoop 2025 worden de knelpunten op het vlak van vervoer nog niet opgelost. Onderzoeken of tot een duurzame oplossing gekomen kan worden, waarbij ook de andere ontwikkelingen invloed kunnen hebben op de uiteindelijke oplossing.
- 3. Voor kinderen die op de kinderopvang/ BSO meer ondersteuning nodig hebben wordt onderzocht op welke wijze dit het beste georganiseerd kan worden. Uitgangspunt is aansluiting op de reguliere kinderopvang. Collectieve financiering van ondersteuning op reguliere kinderopvang is een van de te onderzoeken mogelijkheden. Een andere mogelijkheid is het ontwikkelen van een nieuw product in samenwerking met kinderopvang dat op indicatiebasis ingezet kan worden. Dit zal in samenhang bekeken worden met aanbod dat mogelijk ook vanuit het contract Ambulant Jeugd beschikbaar is.
- 4. Versterken van de verbinding met onderwijs /BSO en passend aanbod voor thuiszitters.
- 5. Dagbesteding jeugd: hebben we voldoende aanbod en het juiste aanbod?

## 6.10 Contract Hulp bij huishouden – Wmo

Binnen dit contract valt slechts één product (Hulp bij huishouden). Er kunnen veranderingen worden verwacht vanwege de vergrijzing en verzwaaring van de doelgroep door langer thuis wonen en/of landelijke ontwikkelingen met betrekking tot eigen bijdragen en taakopvatting door het rijk. Dat is nu nog niet goed in te schatten.

In de meer uitgestrekte gebieden is aanbod beperkt beschikbaar. Aanbieders kunnen inschrijven op een gebied. Hierdoor wordt inzichtelijk waar een tekort is en kan gericht met aanbieders het gesprek aan gegaan worden. Mogelijk is het voor een aanbieder wel interessant als hij het hele gebied kan bedienen. In dat geval vervalt de keuzevrijheid van de inwoner.

### 6.10.1 Procedure

In dit segment is momenteel sprake van één grote en meerdere kleine aanbieders. Het terugdringen van het aantal aanbieders is ongunstig omdat dat zou leiden tot een monopolist of het contracteren van een paar kleine aanbieders die niet zo snel kunnen opschalen.

De procedure wordt daarom Open House. Inschrijven kan per plaats. Dit heeft als risico dat er in eerste instantie in één of meerdere plaatsen geen dekkend zorglandschap komt. In Q4 2024 moet dan met de gecontracteerde aanbieders de onderhandeling opgestart worden welke aanbieder dit kan en wil bieden. Door concentratie van één aanbieder in een gebied is het mogelijk wel interessant voor een aanbieder om betreffend gebied te bedienen. Consequentie is in dat geval wel dat de inwoner uit dat gebied geen keuze meer heeft tussen aanbieders.

### 6.10.2 Looptijd

We zetten in op een korte looptijd (2 jaar met vier verlengingen van 2 jaar), zodat ruimte is voor eventuele wijzigingen op de langere termijn.

De verwachting is dat ook in het nieuwe contract één grote en meerdere kleine aanbieders in gaan schrijven. Door geen tussentijdse toetreding toe te staan en niet- of slecht presterende aanbieders niet te verlengen, is er een kans voor de kleinere aanbieders om gecontroleerd te groeien waardoor er meer evenwicht in het zorglandschap zal ontstaan.

### 6.10.3 Bekostiging

In dit contract valt 1 product, wat bekostigd wordt via p\*q.

### 6.10.4 Fasering na 2025

Bepalen of een nieuw product (Hulp bij huishouden plus) een toegevoegde waarde heeft in relatie tot 'Begeleiding licht' (contract ambulant).

## 7 Uitvoering inkooptrajecten en overdracht 2024-2025

### 7.1 Planning

De exacte planning is per inkooptraject verschillend. Het streven is per 1 oktober 2024 alle aanbieders gecontracteerd te hebben. Zodra de inkooptrajecten gestart zijn, kan gestart worden met de voorbereiding van de implementatie van de contracten: voorbereiden communicatie, inrichten interne werkprocessen, opzet overlegstructuur per contract. Het laatste kwartaal van 2024 kan dan worden benut voor het invoeren van alle contractdata in de systemen van RWO, gemeenten en aanbieders.

2024	Q1	Q2	Q3	Q4
Inkoop Open House SAS	vanaf 1 feb			
Gunning Open House				
Gunning SAS				
Vorbereiding implementatie				
Implementatie in systemen				

Figuur 6: planning op hoofdlijnen

### 7.2 Besluitvorming tijdens inkooptrajecten

Om de inkooptrajecten conform planning te kunnen uitvoeren, is het van belang om snel beslissingen te kunnen nemen. In onderstaand overzicht is opgenomen wie welke beslissing neemt. Voor een deel sluit dit aan bij de huidige mandaten en volmachten. Dit is in het schema opgenomen. Voor een aantal beslissingen is een aanvullende volmacht nodig. Deze wordt als apart besluit opgenomen in het collegevoorstel behorende bij dit inkoopplan. Het gaat alleen om besluitvorming in dit inkooptraject. Over structurele volmachten worden separaat afspraken gemaakt tussen RWO en de vijf gemeenten. Mogelijk dat in het implementatietraject hiervoor aanvullende voorstellen gedaan worden.

Wat	Wie beslist	Waar geregeld*
Aanpassing in productenboek. Wijzigingen zonder gevolgen voor tarief. Ook splitsen/samenvoegen van producten kan hier onder vallen	Programma-directeur	Valt onder huidige bevoegdheid. Artikel 10 Mandatenbesluit; waarin geregeld is dat de programma-directeur bevoegd is tot het verrichten van alle feitelijke handelingen en rechtshandelingen ter voorbereiding en uitvoering van in artikel 3 van de DVO, opgenomen taken.
Wijzigingen tarieven	BOSD College achteraf informeren	Voor JZ-plus en JB/JR ligt deze bevoegdheid bij portefeuillehouders (BOSD). Volmacht nodig voor verbreding naar alle producten gedurende inkoopproces. Huidige volmacht voor de bovenregionale diensten: Artikel 6 lid 2 Mandatenbesluit: de Portefeuillehouder(s) Bestuurlijk overleg Sociaal Domein Midden Holland is de bevoegdheid verleend tot: 2. Het vaststellen van tarieven en indexatie-afspraken voor alle diensten welke vallen onder de (deel)overeenkomsten Jeugdzorgplus en Jeugdbescherming en Jeugdreclassering



Opstellen programma van eisen	Programma-directeur	Valt onder huidige bevoegdheid. Artikel 10 mandatenbesluit.
Stopzetten / wezenlijke wijziging aanbestedingsprocedure	BOSD	Valt onder huidige bevoegdheid. Art 6.1 mandatenbesluit.
Goedkeuren aanbieder-specifieke tarieven	Programma-directeur; na afstemming met de bestuurlijk trekkers	Is vergelijkbaar met URC, valt onder de huidige volmacht RWO. Art 10 mandatenbesluit.
Gunningssystematiek Hoog Specialistisch	BOSD	Valt onder huidige bevoegdheid. Art 6.1 mandatenbesluit.
Akkoord gunning	Programma-directeur	Valt onder huidige bevoegdheid. Art 10.1 mandatenbesluit
Contractondertekening	Programma-directeur	Valt onder huidige bevoegdheid. Art 10.1 mandatenbesluit

*Figuur 7: overzicht bevoegdheden*

*\*Bedoeld is het mandatenbesluit Regionaal sociaal domein ingegaan m.i.v. 1 december 2023.*

### 7.3 Taken en verantwoordelijkheden

De oprichting van RWO en de vaststelling van dit inkoopplan biedt ook de kans om de taken en verantwoordelijkheden tussen RWO en de gemeenten helderder vorm te geven: RWO is verantwoordelijk voor goede contractuele afspraken en gesprekken hierover met de aanbieder; de gemeente is verantwoordelijk voor het afgeven van een correcte beschikking.

RWO is verantwoordelijk voor de juiste tarieven, contracten en zakelijke gesprekken op contractniveau. Tevens is het van belang dat zij de verwijzers en aanbieders van actuele informatie voorziet over het zorgaanbod. Hiermee wordt het knelpunt opgelost dat medewerkers van de gemeentelijke toegang in zakelijke discussies komen met aanbieders over tarieven, interpretatie van productomschrijvingen, URC's en het stapelen (combineren) van producten. Er voorkomen we lokale afwijkingen op de regionale contracten. De gemeenten (via de toegang) zijn verantwoordelijk voor de aantallen en hoogten van de indicaties en gesprekken op casusniveau. Zij kennen het voorliggend veld en kunnen dat de koppelen aan de zorgvraag.

Het is van belang dat afspraken regionaal en lokaal geborgd worden: als er lokaal ruimte komt voor uitzonderingen, veroorzaakt dat druk op de andere gemeenten en RWO om deze uitzonderingen ook te omarmen. Dat wil zeker niet zeggen dat een uitzondering niet mogelijk is, maar alleen als deze kwalitatief getoetst is en de impact op de lange termijn ook is meegenomen. De uitzondering met onderbouwing (of de afwijzing ervan) moet voor alle vijf de gemeenten toegankelijk zijn.

Toegang / Gemeente	RWO
... is verantwoordelijk voor de <b>indicatie: productkeuze, duur en omvang</b> .	... is verantwoordelijk voor een <b>dekkend zorglandschap</b> met voldoende aanbod passend bij de ondersteuningsvragen.
... is verantwoordelijk voor het <b>contact op casusniveau</b> met de zorgaanbieder. Contact richt zich op de zorg/ hulp die nodig is.	... is verantwoordelijk voor gesprek met de aanbieder over de <b>zakelijke aspecten</b> (tarief, interpretatie productomschrijving en overige contractafspraken). ... is verantwoordelijk voor <b>contractbeheer, -management en toezicht</b> op zorgaanbieders, gecontracteerd en niet-gecontracteerd. Organiseert structureel overleg met de aanbieders.
... is verantwoordelijk voor het beleggen (intern dan wel extern) van <b>de regiefunctie</b> (1G1P1R).	...is verantwoordelijk voor <b>eenduidige afspraken en informatie</b> over wat m.b.t regie wel/ niet in de producten zit.
... moet erop toezien dat aanbieders op casusniveau de templates voor <b>Plan van Aanpak, Toekomstplan, Reflectieverslag etc. gebruiken</b> .	... <b>stelt templates</b> op en verankert deze in contracten. Is eigenaar van de templates.
... is verantwoordelijk voor <b>evaluatie (reflectie) en afsluiting</b> op casusniveau.	... is verantwoordelijk voor <b>contractwijzigingen en (niet-)verlengen</b> .
... is verantwoordelijk voor de 'q'.	... is verantwoordelijk voor de <b>productomschrijvingen</b> en reële tarieven.
... is verantwoordelijk voor contacten met en inzichtelijk maken <b>voorliggend veld</b> .	...zorgt <b>dat informatie en toelichting</b> op productbeschrijvingen, contracten en tarieven voor zowel toegang, externe verwijzers, CM als zorgaanbieders <b>eenduidig toegankelijk</b> is.

Figuur 87: taken en verantwoordelijkheden gemeenten en RWO

### Uitzonderingsproces contracten (URC)

Indien het ingekochte zorgaanbod niet aansluit bij de zorgvraag is het beperkt mogelijk om buiten het ingekochte zorgaanbod in te kopen. In lijn met bovenstaande taken en verantwoordelijkheden komt er een striktere taakscheiding waarbij RWO verantwoordelijk wordt voor toetsing kwaliteit en tarieven en uiteindelijk akkoord/afwijzing geeft op URC. Hiermee komt er ook op de URC's en CSA's meer centrale sturing. Daarbij worden de aanbestedingsgrenzen bewaakt. Toegang blijft verantwoordelijk voor de keuze en duur van het in te zetten product.

Toegang / Gemeente	RWO
... geeft aan dat beschikking niet bij gecontracteerde aanbieders kan en doet een <b>voorstel voor aanbieder</b> .	... <b>controleert</b> of aanbieder voldoet aan de <b>kwaliteitscriteria</b> . En denkt mee over alternatieve aanbieders. ... voert eventuele <b>tariefonderhandelingen</b> .
... communiceert <b>beslissing naar aanbieder</b> .	... <b>keurt URC goed of af</b> en communiceert dit naar vijf gemeenten.
... zoekt bij afkeuring naar <b>alternatief</b> .	
... geeft <b>indicatie af</b> .	... <b>stelt URC / CSA op</b> .

Figuur 9: Taken en verantwoordelijkheden rondom URC's

### Heldere afspraken bij knelpunten

Met de inkoop 2025 wordt een deel van de knelpunten in het zorglandschap opgepakt. Een deel komt echter pas na 2025 aan bod. Ook kunnen er nieuwe knelpunten ontstaan. Kortom wisselwerking tussen RWO en de gemeenten zal nodig blijven om dit op te lossen. Heldere afspraken kunnen hierbij helpend zijn. In de implementatie is in ieder geval aandacht voor werkafspraken op het gebied van vervoer naar dagbesteding, wachttijden en gevolgen van arbeidsmarktkrapte.

## 7.4 Implementatie

De inkooptrajecten gaan gevolgen hebben voor RWO, gemeenten, aanbieders en inwoners. Maar ook moeten medisch verwijzers, voorliggend veld e.d. op de hoogte gebracht worden van de veranderingen in het zorglandschap (aanbieders en productenboek). Hiervoor wordt een regionaal implementatieplan opgesteld, wat afgestemd zal worden met het BOSD. Dit plan richt zich in 2024 op:

- informatie over het nieuwe zorgaanbod (producten en aanbieders).
- Actualiseren van het handboek met per product richtlijnen voor wijze van inzetten, omvang en duur.
- Inrichten werkprocessen: in de voorbereiding is het duidelijk geworden dat de vorming van RWO ook nieuwe processen vraagt. En dit wordt aangevuld door afspraken uit dit inkoopplan. Deze processen (bijv. goedkeuring nieuw product) moeten opgezet worden.
- Actualiseren werkafspraken tussen verschillende partners (gemeente/andere verwijzers, aanbieders)
- Overgangsbeleid: omzetten van lopende indicaties en de communicatie hierover naar de inwoners (zie ook paragraaf 7.5).
- Systemen: Er zijn veel wijzigingen aangebracht in het productenboek en tarifiering. Deze moeten ook doorgezet worden in de systemen van zowel RWO als gemeenten, bijvoorbeeld nieuwe productcodes, aanmaken contracten, invoeren aanbiedersgegevens, actualiseren zorgkeuzewijzer.
- Opzetten overlegstructuur (per contract) met aanbieders, afgestemd op het aantal aanbieders en de ontwikkelopgave in het betreffende contract.
- Overzicht fasering en ontwikkelopgaven. In dit inkoopplan zijn op diverse onderdelen, zowel contract-specifiek als overkoepelend ontwikkel- en faseringsopgaven opgenomen. Deze worden in een overzicht geplaatst met een advies met betrekking tot prioritering, zodat deze door RWO in het jaarprogramma verwerkt kunnen worden.

In de implementatie is ook aandacht voor de structurele communicatielijnen die gecontinueerd, verstevigd of geborgd moeten worden. Deels wordt dit gefaseerd opgepakt na 1 januari 2025.

- Eenduidige, actuele contractinformatie voor aanbieders, toegang, contractmanagement
- Informatie over gecontracteerde aanbieders voor inwoners, toegang en andere verwijzers
- Kennis over mogelijkheden voorliggend veld voor inwoners, toegang en zorgaanbieders
- Signalering over kwaliteit aanbieders vanuit inwoner naar toegang
- Signalering over kwaliteit aanbieders vanuit toegang naar contractmanagement en vice versa.

Vanuit het implementatieplan volgen naar verwachting ook opgaven die na 2025 aandacht vragen. Dit wordt door RWO in het jaarprogramma verwerkt en voorzien van een prioritering en tijdsplanning.

### Lokale implementatie

In het implementatieplan is ook aandacht voor de lokale implicaties. Het is ook van belang dat gemeenten zelf kijken naar de lokale implicaties en tijdig starten met de voorbereidingen. Denk aan:

- Koppelingen tussen tarieven/ ingekochte producten en lokale subsidies;
- Implementeren afspraken m.b.t. regie;
- Aanpassen lokale werkprocessen o.b.v. afspraken rond taken en verantwoordelijkheden;
- Bijstellen begroting;
- Nieuwe producten verwerken in lokale systemen en lokale instructies;
- Communicatie naar lokale partners (zowel intern als extern) en op de eigen website.

In overleg met de gemeenten wordt in de implementatiefase bekeken welke ondersteuning (denk bijvoorbeeld aan communicatieteksten en instructies) nodig is voor de lokale implementatie.

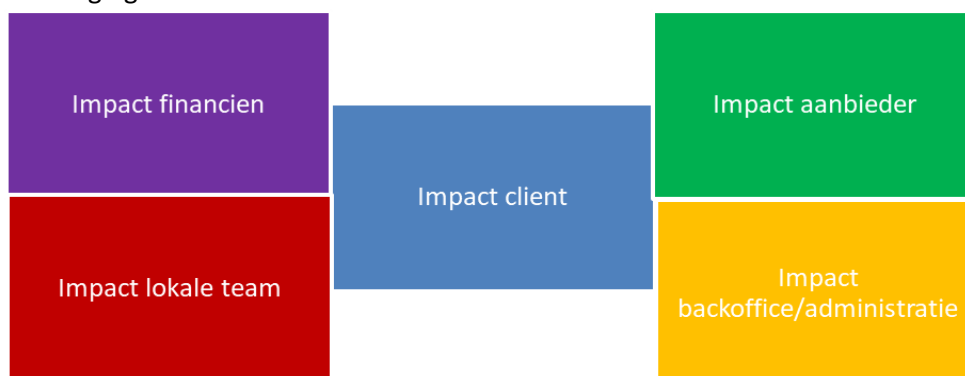
## 7.5 Overgangsbeleid

Nieuwe contracten betekent dat niet zeker is dat alle aanbieders in 2025 nog een contract hebben. Ook kunnen producten stoppen en tarieven wijzigen. Echter, lopen er ook indicaties door ná 31 december 2024.

Afhankelijk van wie de gecontracteerde aanbieders worden zijn per product een paar scenario's voor zorgcontinuïteit mogelijk met daarbij geformuleerd de belangrijkste overwegingen

1. Oude aanbieder blijft gecontracteerd voor product. Product wijzigt niet.
2. Oude aanbieder blijft gecontracteerd voor product. Product wijzigt.
3. Oude aanbieder krijgt geen nieuw contract voor product.

Om de impact op de verschillende variabelen te kunnen bepalen moet al in een vroeg stadium - in de voorbereiding van de implementatie - per contract en zelfs product naar de huidige contracten versus de nieuwe contracten worden gekeken. Er zijn verschillende belangen om in overweging te nemen:



*Figuur 8: belangen overgangsbeleid*

Per contract, en mogelijk per product, worden vier scenario's getoetst om het overgangsbeleid rondom lopende indicaties te bepalen:

1. De Sterfhuisconstructie: Client blijft bij oude aanbieder tot einde indicatie onder voorwaarden/tarief 'oude contract' of via URC.
2. Herindiceren tijdens looptijd nieuw contract: Oude aanbieder levert door tot datum x (bv. 1 september 2025) onder voorwaarden/tarief 'oude contract' of via URC.
3. Alle indicaties overzetten per 1 januari (administratieve handeling): Alle inwoners krijgen per 1 januari een nieuwe zorgaanbieder toegewezen voor looptijd indicatie, communicatie
4. Alle inwoners moeten voor 1 januari zijn geherindiceerd en – indien nodig - overgedragen zijn naar een andere – gecontracteerde – aanbieder.

Bij deze toetsing worden de verschillende belangen (zie figuur 10) gewogen waarbij zorgcontinuïteit en administratieve lasten een belangrijke factor zijn. Er wordt een overgangstermijn van maximaal één jaar gehanteerd.

## Bijlage 1. Open House en SAS-aanbesteding

Doel	Maximeren aantal aanbieders	Optimale keuzevrijheid
inkoopvorm	<b>SAS-procedure</b>	<b>Open House</b>
beschrijving	Vormvrije aanbesteding waarbij gemeente door toepassen van selectie- en gunningscriteria een bepaald aantal aanbieders contracteert.	De Gemeente stelt alleen toelatingseisen. Alle aanbieders die geschikt zijn mogen meedoen. Iedereen heeft hetzelfde contract. De inwoner maakt de keuze bij wie hij zorg wil afnemen.
voordelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Door te selecteren is het makkelijker om effectief contractmanagement te voeren met een selecte groep aanbieders en op basis van hun eigen aanbidding en bijv..</li> <li>- Tijdens de procedure kunnen in samenspraak met aanbieders de contracten nog aangepast worden.</li> <li>- Aanbieders zijn zeker van een langdurig contract en beperkte concurrentie en kunnen op basis daarvan investeren.</li> <li>- Andere prijsstructuren (bijv. populatiebesteding, bandbreedtes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contracten kunnen jaarlijks (ingrijpend) aangepast worden, waarna aanbieders kunnen besluiten wel of niet meer mee te doen.</li> <li>- Lage administratieve drempel voor toetreden (MKB-aanbieders), dit leidt tot veel aanbieders. Daardoor meer kans op dekkend zorglandschap (maar geen garantie) en lokale beschikbaarheid.</li> <li>- Tussentijds toetreden nieuwe aanbieders mogelijk. Dit is te beperken door alleen toetreding toe te staan bij nieuwe producten of capaciteitstekort.</li> </ul>
nadelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Als selectiecriteria of aantal te contracteren aanbieders niet zorgvuldig opgesteld worden, is de kans op een niet-dekkend zorglandschap hoger.</li> <li>- Er kunnen geen aanbieders toegevoegd worden.</li> <li>- Kans op kort geding/ publiciteit als aanbieders niet gecontracteerd worden.</li> <li>- Mag tijdens contractduur mag er niet wezenlijk gewijzigd worden.</li> <li>- Inwoners hebben geen vrije zorgkeuze meer.</li> <li>- Bij minder aanbieders moeten inwoners wellicht meer reizen of stijgen de vervoerskosten.</li> <li>- Mogelijk stijgt de niet-gecontracteerde zorg.</li> <li>- Inwoners met langdurige zorg moeten wellicht wisselen van aanbieder.</li> <li>- Risico dat flexibele, kleine aanbieders buiten de boot vallen.</li> <li>- Risico dat aanbieders op (vorm-)fouten in de inkoopprocedure niet gecontracteerd kunnen worden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veel aanbieders leidt tot veel inzet van contractmanagement met weinig focus op strategische aanbieders.</li> <li>- Dit systeem gaat ervan uit dat inwoners i.s.m. gemeentelijke toegang een goed geïnformeerde keuze kunnen maken, anders is er geen prikkel om te verbeteren of innoveren.</li> <li>- Niet geschikt voor populatie-besteding, beschikbaarheidsbesteding of andere varianten van lump sum.</li> <li>- Geen keuze op 'meest geschikte aanbieder' mogelijk tijdens inkoopprocedure. De inwoner maakt deze keuze i.s.m. gemeentelijke toegang/huisarts/GI per casus</li> </ul>

## Bijlage 2. Regiekaart 1 Gezin 1 Plan 1 Regisseur

1GEZIN1PLAN 1Huishouden1PLAN		Uitgangssituatie & Inzet	Regie	Op- en afschalen
Regiekaart 1Gezin1Plan / 1Huishouden1Plan	Niveau 1	<p><b>Draagkracht:</b> In balans.</p> <p><b>Zelfredzaam:</b> Voldoende of volledig.</p> <p><b>Zorgen:</b> Normale zorgen. Risico's zo vroeg mogelijk signaleren om problemen te voorkomen.</p> <p><b>Hulp:</b> Geen hulp of hulp gericht op voorkomen problemen.</p> <p><b>Regie:</b> Indien gewenst casusregie.</p> <p><b>1Gezin1Plan:</b> Naar behoefte met Plan van Aanpak preventief.</p>	<p><b>Casusregie:</b> Naar behoefte door de klant, netwerk of casusregisseur basiszorg met competentieprofiel A.</p> <p><b>Procesregie:</b> n.v.t.</p> <p><b>Inzet van:</b> Klant, netwerk en basiszorg.</p> <p><b>In overleg:</b> Klant, netwerk, basiszorg en zorgketen.</p> <p><b>Operationeel:</b> Manager professional verantwoordelijk.</p> <p><b>Bestuurlijk:</b> Wethouder verantwoordelijk.</p>	<p><b>Opschalen:</b> Draagkracht uit balans <i>én</i> Zelfredzaamheid beperkt of afwezig <i>én</i> Basiszorg ontoereikend en meer hulp nodig → naar niveau 2 <i>Daarbij</i> signalen van onveiligheid of onveilige situatie voor individu en/of leden huishouden → naar niveau 3 <i>Daarbij</i> onveilige situatie voor individu, leden huishouden en/of omgeving <i>én</i> Ketenoverstijgende samenwerking nodig voor herstel veiligheid → naar niveau 4 <i>Daarbij</i> (dreigende) totale escalatie en/of maatschappelijke onrust. → naar niveau 5  Stagnatie in de communicatie en uitvoering van 1Gezin1Plan door problematiek van de klant en/of leden huishouden. Regisseur nodig met expertise problematiek. → naar niveau 2, 3 of 4, afhankelijk van expertise. Samenwerking tussen professionals stagneert → naar manager.</p> <p><b>Afschalen:</b> Geen dreigende (totale) escalatie en maatschappelijke onrust → naar niveau 4 Geen ketenoverstijgende samenwerking nodig <i>én</i> Geen dreigende escalatie en maatschappelijke onrust → naar niveau 3 De situatie is veilig <i>én</i> Geen ketenoverstijgende samenwerking nodig <i>én</i> Geen dreigende escalatie en maatschappelijke onrust → naar niveau 2 Draagkracht in balans <i>én</i> voldoende zelfredzaam <i>én</i> Basiszorg toereikend en geen hulp nodig <i>én</i> De situatie is veilig <i>én</i> Geen ketenoverstijgende samenwerking nodig <i>én</i> Geen dreigende escalatie en maatschappelijke onrust → naar niveau 1  Geen stagnatie in de communicatie en uitvoering van 1Gezin1Plan door problematiek van de klant en/of leden huishouden. → naar niveau passend bij situatie</p>
	Niveau 2	<p><b>Draagkracht:</b> Deels of volledig uit balans.</p> <p><b>Zelfredzaam:</b> Beperkt of niet.</p> <p><b>Zorgen:</b> Enkelvoudig, meervoudig of complex.</p> <p><b>Hulp:</b> Voorkomen en behandelen van problemen en herstel van opgelopen schade.</p> <p><b>Regie:</b> Casus- en procesregie.</p> <p><b>1Gezin1Plan:</b> Plan van Aanpak.</p>	<p><b>Casusregie:</b> Casusregisseur lokale team of zorgketen met competentieprofiel A.</p> <p><b>Procesregie:</b> Procesregisseur lokale team of zorgketen met competentieprofiel A.</p> <p><b>Inzet van:</b> Klant, netwerk, basiszorg, lokale team en zorgketen.</p> <p><b>In overleg:</b> Lokale team, zorg- en veiligheidsketen.</p> <p><b>Operationeel:</b> Manager professional verantwoordelijk.</p> <p><b>Bestuurlijk:</b> Wethouder verantwoordelijk.</p>	
	Niveau 3	<p><b>Draagkracht:</b> Volledig uit balans.</p> <p><b>Zelfredzaam:</b> Niet of acute problematiek.</p> <p><b>Zorgen:</b> Meervoudig of complex met onveiligheid voor individu en/of leden huishouden.</p> <p><b>Hulp:</b> Behandelen van problemen, herstel van veiligheid en opgelopen schade.</p> <p><b>Regie:</b> Casus- en procesregie.</p> <p><b>1Gezin1Plan:</b> Plan van Aanpak en Veilig Verder Plan.</p>	<p><b>Casusregie:</b> Casusregisseur lokale team, zorg- of veiligheidsketen met competentieprofiel B.</p> <p><b>Procesregie:</b> (Overweeg externe) procesregisseur lokale team, zorg- of veiligheidsketen met competentieprofiel B.</p> <p><b>Inzet van:</b> Klant, netwerk, lokale team, zorg- en veiligheidsketen</p> <p><b>In overleg:</b> Zorg- en veiligheidsketen.</p> <p><b>Operationeel:</b> Manager professional verantwoordelijk.</p> <p><b>Bestuurlijk:</b> Burgemeester en wethouder verantwoordelijk.</p>	
	Niveau 4	<p><b>Draagkracht:</b> Volledig uit balans.</p> <p><b>Zelfredzaam:</b> Niet of acute problematiek.</p> <p><b>Zorgen:</b> Meervoudig of complex met onveiligheid voor individu, leden huishouden en/of omgeving.</p> <p><b>Hulp:</b> Behandelen van problemen, herstel van veiligheid en opgelopen schade.</p> <p><b>Regie:</b> Ketenoverstijgend casus- en procesregie.</p> <p><b>1Gezin1Plan:</b> Plan van Aanpak en Veilig Verder Plan.</p>	<p><b>Casusregie:</b> Casusregisseur lokale team, zorg- of veiligheidsketen met competentieprofiel B.</p> <p><b>Procesregie:</b> Externe procesregisseur Zorg- en Veiligheidshuis met competentieprofiel B.</p> <p><b>Inzet van:</b> Lokale team, zorg- en veiligheidsketen.</p> <p><b>In overleg:</b> Zorg- en veiligheidsketen, de Driehoek en GGD GHOR.</p> <p><b>Operationeel:</b> Manager professional verantwoordelijk.</p> <p><b>Bestuurlijk:</b> Burgemeester en wethouder verantwoordelijk.</p>	
	Niveau 5	<p><b>Draagkracht:</b> Volledig uit balans.</p> <p><b>Zelfredzaam:</b> Niet of acute problematiek.</p> <p><b>Zorgen:</b> Complex met onveiligheid meerdere personen, escalatie en maatschappelijke onrust.</p> <p><b>Hulp:</b> Herstel van veiligheid, wegnemen escalatie en maatschappelijke onrust.</p> <p><b>Regie:</b> Ketenoverstijgend casus- en procesregie.</p> <p><b>1Gezin1Plan:</b> Plan van Aanpak en Veilig Verder Plan.</p>	<p><b>Casusregie:</b> Casusregisseur met lokale team, zorg- of veiligheidsketen met competentieprofiel B.</p> <p><b>Procesregie:</b> Externe procesregisseur met competentieprofiel B.</p> <p><b>Inzet van:</b> Veiligheidsketen, de Driehoek en GGD GHOR.</p> <p><b>In overleg:</b> Lokale team, zorg- en veiligheidsketen.</p> <p><b>Operationeel:</b> Manager professional verantwoordelijk.</p> <p><b>Bestuurlijk:</b> Burgemeester verantwoordelijk.</p>	

Deze regiekaart behoort tot de richtlijn 1Gezin1Plan1Regisseur is ontwikkeld door GGD Hollands Midden en Nathalie Sie Training en Advies en is gebaseerd op het AVE-model