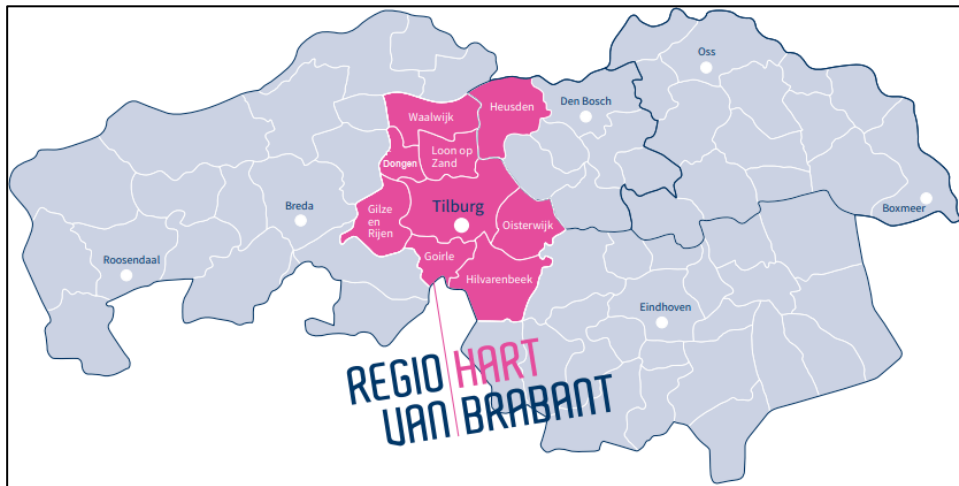




Inkoopstrategie jeugdhulp Regio Hart van Brabant



*Vertaling van de uitgangspunten en detaillering van de
houtskoolschetsen inkoop sociaal domein*

Werkgroepen jeugd &

Programmteam Regionale Inkoop 3D

Tilburg, versie oktober 2021

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
1 Inleiding.....	5
2 Context inkoop jeugdhulp	6
2.1 <i>Beleidskader sociaal domein en visie</i>	6
2.2 <i>Visie en transformatie op de jeugdhulp</i>	6
2.3 <i>Norm Voor Opdrachtgeverschap (NvO)</i>	6
2.4 <i>Uitgangspunten inkoop.....</i>	7
2.5 <i>Inkoopdoelstellingen op basis van wensen en bedenkingen regionale raden.....</i>	7
2.6 <i>Samenhang in de inkoop jeugdhulp, Wmo, participatie</i>	8
2.7 <i>Gebiedsgericht organiseren en inkopen</i>	9
2.8 <i>Sturingsinstrumenten</i>	9
2.9 <i>Zorgfraude.....</i>	11
2.10 <i>Betrokkenheid (Regionale) adviesraden.....</i>	11
2.11 <i>Betrokkenheid zorgaanbieders.....</i>	11
3 Segmentering	12
3.1 <i>Vijf segmenten voor jeugdhulp.....</i>	12
3.2 <i>Reikwijdte van de inkoop jeugdhulp.....</i>	12
3.3 <i>Totale inkoopwaarde en besparingspotentieel.....</i>	13
4 Hoog specialistische zorg/ weinig voorkomend (Segment 1)	14
4.1 <i>Beschrijving segment hoog specialistische jeugdhulp.....</i>	14
4.2 <i>Marktanalyse & ontwikkelingspotentieel.....</i>	14
4.3 <i>Opgave</i>	15
4.4 <i>Inrichtingskeuzes</i>	16
4.5 <i>Sturing en monitoring</i>	17
4.6 <i>Budget & besparingspotentieel.....</i>	18
4.7 <i>Inkoopprocedure</i>	19
4.7.1 <i>(Sub)percelen</i>	19
4.7.2 <i>Aanbestedingsproces</i>	19
5 Inkoop Wonen (segment 2)	20
5.1 <i>Beschrijving</i>	20
5.2 <i>Marktanalyse & ontwikkelingspotentieel.....</i>	20
5.3 <i>Opgave</i>	20
5.4 <i>Inrichtingskeuzes</i>	21
5.5 <i>Sturing en monitoring</i>	22
5.6 <i>Tarieven en besparingspotentieel</i>	22

5.7	<i>Inkoopprocedure</i>	22
5.7.1	(Sub)Percelen	22
5.7.2	Aanbestedingsprocedure.....	22
6	Dagbegeleiding en respijtzorg (Segment 3)	23
6.1	<i>Beschrijving</i>	23
6.2	<i>Marktanalyse en ontwikkelingspotentieel</i>	24
6.3	<i>Opgave</i>	24
6.4	<i>Inrichtingskeuzes</i>	24
6.4.1	Bekostiging.....	24
6.4.2	Toegangsmanagement	25
6.4.3	Leveranciers- en contractmanagement	25
6.4.4	Contract	25
6.5	<i>Sturing en monitoring</i>	25
6.6	<i>Tarieven en besparingspotentieel</i>	25
6.7	<i>Inkoopprocedure</i>	26
6.7.1	(Sub)Percelen	26
6.7.2	Aanbestedingsproces	26
7	Specialistisch, veel voorkomend (Segment 4)	27
7.1	<i>Beschrijving</i>	27
7.2	<i>Marktanalyse en ontwikkelingspotentieel</i>	27
7.3	<i>Opgave</i>	27
7.4	<i>Inrichtingskeuzes</i>	28
7.4.1	Toegangsmanagement	28
7.4.2	Leveranciers- en contractmanagement	29
7.4.3	Bekostiging.....	30
7.4.4	Contract	30
7.5	<i>Sturing en monitoring</i>	30
7.6	Tarieven en besparingspotentieel	30
7.7	<i>Inkoopprocedure</i>	31
7.7.1	(Sub)Percelen	31
7.7.2	Aanbestedingsproces	31
8	Crisishulp (Segment 5)	32
8.1	<i>Beschrijving</i>	32
8.2	<i>Marktanalyse en ontwikkelingspotentieel</i>	32
8.3	<i>Opgave</i>	32
8.4	<i>Inrichtingskeuzes</i>	32
8.4.1	Bekostiging.....	32
8.4.2	Toegangsmanagement	32
8.4.3	Leveranciers- en contractmanagement	33
8.4.4	Contract	33
8.5	<i>Sturing en monitoring</i>	33
8.6	<i>Budget en besparingspotentieel</i>	33
8.7	<i>Inkoopprocedure</i>	33
8.7.1	(Sub)Percelen	33
8.7.2	Aanbestedingsproces	33

9	Samenhang en onderscheid segmenten	35
9.1.1	Samenhang tussen segmenten.....	35
9.1.2	Onderscheid c.q. overlap segmenten 1, 2, 3 en 4.....	35

1 Inleiding

Voor u ligt de inkoopstrategie jeugdhulp van de regio Hart van Brabant. De regio Hart van Brabant (hierna HvB) bestaat uit de volgende 9 deelnemende gemeenten¹: Tilburg, Heusden, Loon op Zand, Waalwijk, Goirle, Hilvarenbeek, Oisterwijk, Dongen en Gilze Rijen. Wij gaan voor het jaar 2022 en verder nieuwe contracten afsluiten. Hierbij staan we voor een grote uitdaging om de dienstverlening binnen het sociaal domein te transformeren naar een meer integraal en ook op langere termijn betaalbaar ondersteunings- en zorgsysteem.

In 2020 hebben we de conclusie getrokken dat het lastig is de beoogde transformatiedoelen te bereiken en gelijktijdig de kosten goed te beheersen. Met name bij voorzieningen die we in het kader van de Jeugdwet en Wmo aanbieden zijn forse tekorten opgetreden. Dit heeft grote impact op onze begrotingen. We willen betere dienstverlening voor de inwoners inrichten, maar we moeten ook de kosten terugdringen en beter beheersen. Daarom heeft HvB besloten om de contracten te vernieuwen en integraal te gaan inkopen binnen het sociaal domein. Dit betekent dat daar waar noodzakelijk en mogelijk de zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet, Wmo en Participatiewet in afstemming met elkaar wordt ingeregeld en ingekocht. Het betreft de volgende inkoopsporen in 2022, waarbij we jeugdhulp in 5 segmenten inkopen:

1. Jeugdhulp
 - a. Hoog specialistische zorg (Jeugdwet)
 - b. Wonen (Jeugdwet)
 - c. Dagbegeleiding & -opvang (Jeugdwet)
 - d. Veelvoorkomende specialistische zorg (Jeugdwet)
 - e. Crisisopvang (Jeugdwet)
2. Begeleiding (Wmo)²
3. Beschermd wonen (Wmo)
4. Dagbesteding (Wmo & Participatiewet)
5. Inburgering (Participatiewet)

Het gaat erom dat vanuit de vraag van de inwoner de zorg wordt ingezet. Hierbij maakt het niet uit vanuit welke wettelijk kader dit is. De inkoopsporen dienen versterkend en beter op elkaar te worden afgestemd, zodat inwoners geen last hebben van verschillende loketten of schotten in de regelgeving. Vanuit de Participatiewet gaat het op dit moment vooralsnog alleen om dagbesteding en inburgering die ingekocht worden.

Wij willen de nieuwe inkoop zorgvuldig uitvoeren en kiezen daarom voor een gefaseerde inkoop. Voor de zomervakantie van 2021 starten we (volgens planning) met het contracteren van inburgering. Na de zomervakantie volgt de jeugdhulp, en vervolgens ook Wmo begeleiding, Beschermd wonen en dagbesteding. Na de gunning volgt een implementatiefase voor backoffices, aanbieders, toegangen en andere verwijzers. De planning is dat de nieuwe contracten en werkwijzen per 1-7-2022 ingaan. Hoe aan deze opgave strategisch invulling wordt gegeven is beschreven in dit document.

In hoofdstuk twee beschrijven we de context, kaders en uitgangspunten van de integrale inkoop. In hoofdstuk drie gaan we in op het segmenteren van de jeugdhulp. Ten slotte beschrijven we in de hoofdstukken vier tot en met acht de inkoopstrategieën en sluit we in hoofdstuk 9 af met de beschrijving van de overlap en samenhang van de segmenten.

¹ De gemeenten Chaam en Baarle-Nassau zullen toetreden tot de regio Hart van Brabant en nemen vooruitlopend op de formalisatie hiervan deel aan de regionale inkoop.

² De gemeenten Loon op Zand en Waalwijk hebben besloten vooralsnog niet deel te nemen aan de inkoop van Wmo begeleiding. Wel bestaat de mogelijkheid voor hen om later aan de opdracht alsnog deel te nemen. Dit wordt in de inkoopstrategie Wmo begeleiding toegelicht.

2 Context inkoop jeugdhulp

2.1 Beleidskader sociaal domein en visie

We werken als deelnemende gemeenten in HvB samen binnen de Strategische Meerjaren Agenda 2019-2023 aan het uitvoeringsprogramma Mens en Samenleving 2021. Bij de inkoopstrategieën hebben we aansluiting hierbij gezocht. De principes van ‘meedoen’, ‘leefwereld van de inwoners’ en ‘veiligheid van inwoners’ staan centraal. Doelstellingen die richtinggevend zijn voor de uitwerking van de inkoopstrategieën zijn als volgt gedefinieerd:

- Best passende ondersteuning aan inwoners bieden, zonder dat regelgeving in de weg zit;
- Inwoners krijgen snel de juiste hulp en/of ondersteuning;
- Zorg, welzijn en ondersteuning wordt dicht bij de inwoner, liefst in de wijk, georganiseerd
- Voor de lange termijn wordt er ingezet op preventie waardoor complexe en dure ondersteuning minder vaak nodig zijn.

2.2 Visie en transformatie op de jeugdhulp

De Koers Jeugdhulp (2018 en verder) vormt de basis voor de jaarlijkse uitvoeringsagenda, waarin wij onze ambities concretiseren en doen wat echt nodig is. Wij stellen niet de systeemwereld, maar juist het dagelijkse leven van het kind centraal. Op basis van de onderstaande vijf bouwstenen maken wij de juiste keuzes³:

1. *Het kind écht zien*, met zijn eigen verhaal, dromen en talenten.
2. *Aandacht*, voor de context van het kind.
3. *Erbij zijn*, in het gewone leven van het kind werken.
4. *In verbinding werken*, met elkaar doen wat echt nodig is. Eén huishouden, één plan, één coördinator en op termijn één budget. Niet alleen op jeugdhulp, maar ook zorg, onderwijs, veiligheid en werk.
5. *Veiligheid voorop*, kinderen moeten veilig opgroeien. Risico-signalen snel oppakken, zodat tijdig wordt ingegrepen.

In 2018 hebben wij een transformatieplan (2018-2020) in samenwerking met zorgaanbieders opgesteld. Dit transformatieplan sluit aan bij het landelijke actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' en is uiteraard afgestemd op de hierboven beschreven bouwstenen. Uit de recente transformatierapportage van de TAJ blijkt dat de overgang naar betere en veilige zorg voor kwetsbare kinderen en jongeren in een zo vroeg mogelijk stadium nog in de kinderschoenen staat. Het inhoudelijke veranderproces – de transformatie - kost tijd en vernieuwing moet een continue ontwikkeling zijn. Volgens de TAJ beperkt de transformatie van de jeugdhulp zich in het algemeen tot het jeugdstelsel als zodanig en richt zich veel minder op de leefwereld van kind en gezin. Dit is zien wij als een opgave in de inkoopstrategie want de transformatie overstijgt de grenzen van uitsluitend de Jeugdwet en moet meer aansluiten bij de leefwereld van het kind en van het gezin.

2.3 Norm Voor Opdrachtgeverschap (NvO)

Op 10 juni 2020 is door gemeenten in VNG- verband de Norm voor Opdrachtgeverschap (NvO) in een resolutie vastgesteld dat uit acht afspraken bestaat⁴. In de NvO wordt erkend, dat op onderdelen regionale en bovenregionale samenwerking essentieel is voor de beschikbaarheid van de benodigde zorgfuncties, een zorgvuldige transformatie van het zorglandschap en verminderde bureaucratie. Het doel is een duurzame beweging in gang te zetten om kwalitatief goede, beschikbare en betaalbare hulp voor jeugdigen, ouders en gezin te borgen. De inkoopstrategie vormt de basis voor afspraken met partijen over hoe we binnen de regio willen samenwerken en

³ Voor de toelichting op de bouwstenen wordt verwezen naar het document Koers Jeugd(hulp) 2018 en verder.

⁴ <https://vng.nl/sites/default/files/2020-11/routekaart-norm-voor-opdrachtgeverschap.pdf>

hoe we dit lokaal en bovenregionaal verbinden. De NvO vormt dus een belangrijk onderdeel van de af te sluiten contracten.

2.4 Uitgangspunten inkoop

Om richting te geven aan de inkoopstrategieën hebben we in oktober 2020 regionale uitgangspunten opgesteld. De uitgangspunten zijn tot stand gekomen door onze beleidskaders te evalueren en marktanalyses uit te voeren. De uitgangspunten zijn in april 2021 bestuurlijk vastgesteld. De zes bestuurlijke uitgangspunten worden hieronder beschreven.

1. Naar meer en beter normaliseren

De druk op geïndiceerde hulp bij jeugdhulp en Wmo neemt steeds meer toe. Daarom zetten wij in op wat echt nodig is en investeren we meer in het voorkomen dat inwoners hulp en zorg nodig hebben. Wij stimuleren het gebruik van algemene en collectieve voorzieningen en hanteren strikter de reikwijdte van de wettelijke verantwoordelijkheid.

2. Naar een eenvoudig en selectief systeem

Bij hulpvragen willen we tijdig en snel reageren, zodat problemen niet erger worden en daarmee duurdere zorg wordt voorkomen. Belemmerende factoren die in het huidige systeem zitten pakken we aan.

3. Naar een verbetering van de lokale samenhang

We willen beter sturen en ervoor zorgen dat de dienstverlening overzichtelijk, samenhangend en versterkend aan elkaar aan inwoners wordt aangeboden. Hiervoor is samenwerking met en tussen zorgaanbieders onderling noodzakelijk. Daarom willen we minder aanbieders contracteren en wordt de inzet van de dienstverlening gedifferentieerd naar een regionale, gemeentelijke en of gebiedsgerichte inkoop.

4. Naar een meer gesloten financiering

Wij willen ervoor zorgen dat de kosten beter worden beheerst en aanbieders worden gestimuleerd om de beste zorg te leveren tegen de beste kwaliteit (gesloten financiering). Taakgerichte bekostiging past hier het beste bij.

5. Naar werk (ook participatie en opleiding) is de beste zorg

Inwoners hebben een maatschappelijke rol nodig om goed in de samenleving te functioneren. Dit betekent dat er in principe in elk ondersteunings- en zorgtraject aandacht moet zijn voor een vorm van participatie van jeugdigen en hun verzorgers. Waar mogelijk maken we zorgcombinaties vanuit de diverse wetten en sluiten beter aan op de hulpvraag.

6. Naar zorggeld voor zorg

Wij zorgen er voor dat zorggeld voor zorg wordt besteed door alleen integere en professionele partijen te contracteren. Wij maken met aanbieders expliciete en duidelijke afspraken hierover en leggen wij vast in een set aan (gedrags)normen waar aanbieders met regelmaat aan worden getoetst. Aanbieders die misbruik maken, worden aangepakt en direct uitgesloten.

2.5 Inkoopdoelstellingen op basis van wensen en bedenkingen regionale raden

Op basis van de bovenstaande uitgangspunten hebben we richtinggevende schetsen opgesteld en vastgelegd in praatplaten (zgn. houtskoolschetsen). Deze zijn vervolgens in de periode februari tot en april 2021 met alle leden van de raden in HvB besproken. De leden van de raden hebben hun wensen en bedenkingen meegegeven, welke wij in mei 2021 hebben vertaald naar de onderstaande inkoopdoelstellingen:

1. Voor zowel aanbieders als voor de huidige cliënten organiseren we een zorgvuldig overgangsproces van de oude naar de nieuwe inkoopsystematiek. De lokale en regionale sociale raden hebben een actieve rol in het selectieproces om zodoende vorm te geven aan het cliëntenperspectief;
2. Het vertrekpunt is de zorgvraag en niet de kaders van de wetten. Afstemming en samenhang tussen de drie wetten is daarom noodzakelijk. Hierbij is specifiek aandacht voor de doelgroep 18-/18+ en multi problemen gezinnen;
3. Gebiedsgericht organiseren en werken is belangrijk bij het leveren van zorg. De gecontracteerde aanbieders leveren de zorg nabij, tenzij het voor de cliënt niet wenselijk is;

4. Lokale binding, kennis van de lokale samenleving en maatschappelijke organisaties wegen we mee in het contracteren;
5. Het contracteren van minder aanbieders is van belang, maar voorwaardelijk is wel dat er een dekkend landschap is met een mix van grote en kleine (lokale) aanbieders;
6. De verschillende lokale toegangen hebben een regisserende en coördinerende rol als het gaat om een keuze voor een maatwerkvoorziening of in het voorliggend veld, sociale basis of het normale leven. Hierbij is er een balans tussen meer uniformeren en standaardiseren om de administratieve lasten voor allen te beperken;
7. Het beheersen van de kosten, leveren van goede zorg en het voorkomen van wachtlijsten is belangrijk. Mocht er toch sprake zijn van wachtlijsten, dan wordt er overbruggingszorg geregeld;
8. Met zorgaanbieders zijn duidelijke en meetbare outcome gebaseerde financiële- en kwaliteitscriteria afgesproken, zodat er een goede periodieke monitoring, tussentijdse bijstelling en leercirkels zijn gericht op normaliseren, op- en afschalen van zorg en in-, door en uitstroom;
9. Er is een duurzaam en langdurig perspectief voor aanbieders zodat er duidelijke prikkels ontstaan tot innovatie en de transformatie beter op gang kan worden gebracht;
10. Zorggeld is uitsluitend ingezet voor zorg. Zorgfraude wordt hard aangepakt door in de aanpak aan te sluiten bij de aanbevelingen en adviezen uit de rapporten AEF (Stelsel in groei, december 2020) en Follow The Money;

Om later te kunnen bepalen of de nieuwe inkoop tot de realisatie van doelen heeft geleid worden bovenstaande doelen nog geconcretiseerd en willen we nulmetingen uitvoeren om uiteindelijk de volgende vragen te beantwoorden:

1. Klant: zijn de inwoners tevreden en hebben ze positieve ervaringen?
2. Kosten: worden de kosten beter beheerst, blijven we binnen de vastgestelde financiële kaders?
3. Proces: nemen de wachtlijsten en -tijden af?
4. Samenwerking: is de samenwerking tussen partijen en met de gemeenten verbeterd?

2.6 Samenhang in de inkoop jeugdhulp, Wmo, participatie

Daar waar jeugdhulp en volwassenenproblematiek samenkomen, verwachten we van gecontracteerde zorgaanbieders dat ze samenwerken om te komen tot een sluitende aanpak voor kinderen en gezinnen. Bijvoorbeeld bij jeugdigen die 18 jaar worden en dan onder de Wmo gaan vallen of bij vechtscheidingen, maar ook bij kindermishandeling en huiselijk geweld. Van zorgaanbieders verwachten wij dat zij goed en intensief samenwerken met partijen in de regio wanneer bemoeizorg ingezet moet worden in gezinnen met kinderen. Daarnaast willen we dat gecontracteerde zorgaanbieders samenwerken om een soepele overgang voor de groep 16-27-jarigen van jeugdhulp naar opleiding en werk mogelijk te maken. Specifieke thema's die wij in samenhang met de andere domeinen uitwerken zijn:

- (Arbeidsmatige) dagbesteding voor de oudere jeugd. Hier zit overlap met Wmo en Participatiewet. We hebben afgesproken meer synergie tot stand te brengen bij het onderwerp dagbesteding voor de oudere jeugd (jeugdhulp) en volwassenen (Wmo) en de sociale werkvoorziening bedrijven van de Participatiewet. Denk bijvoorbeeld aan:
 - Combineren van doelgroepen bij het verrichten van werkzaamheden (en bijbehorende begeleiding);
 - Gebruik maken van elkaars expertise in de inrichting en het aanbod van de dienstverlening;
 - Gezamenlijk benutten van infrastructuur (denk aan gebouwen, materialen, back offices).
- Multiproblemen (binnen gezinnen). Bij deze gezinnen is er sprake van vragen op meerdere leefdomeinen en vanuit diverse domeinen. Coördinatie is dus belangrijk;

- Kwetsbare jeugd 16-27 jaar. De zorg voor deze jeugd is nog niet altijd klaar bij bereiken van de leeftijd van 18 jaar en wordt dan geconfronteerd met andere aanbieders of wetgeving c.q. uitgangspunten bij de overgang naar andere domeinen. Coördinatie is ook hier van belang.
- Kindermishandeling en huiselijk geweld. De regio stelt hoge prioriteit aan de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit vanwege de omvang van het geweld, maar ook omdat uit diverse onderzoeken is gebleken dat hulp tot nu toe te weinig effectief is gebleken. Integratie en coördinatie over de domeinen heen is noodzakelijk.
- Vervoer: Het onderwerp vervoer wordt op dit moment uitgewerkt. Tot 2019 leverden aanbieders vervoer, wat vooral van toepassing is bij dagbehandeling, dagbegeleiding en respijtzorg. In 2019 is ook een regionale vervoersvoorziening gecontracteerd. Doordat nu sommige aanbieders zijn gecontracteerd en een regionale vervoersvoorziening ontstaat er nu inefficiency en verwarring bij verwijzers en aanbieders. Om deze reden is het onderwerp opgepakt door regionale werkgroep en vindt ook afstemming met Wmo plaats.

We beschrijven bij ieder segment in dit document de relatie met deze punten.

2.7 Gebiedsgericht organiseren en inkopen

Vanuit het principe ‘inwoner centraal’ en ‘zorg nabij’ vragen we zorgaanbieders waarde gedreven te werken en gebiedsgericht te organiseren. Uiteraard afgestemd op de zorgbehoefte in dat gebied. Van zorgaanbieders verwachten wij dat zij zichtbaar aanwezig zijn in de gebieden voor inwoners, professionals en informele netwerken. Door gebiedsgericht te organiseren kan ook beter worden aangesloten bij de lokale sociale infrastructuur. Verbindingen en samenhang kunnen beter worden gerealiseerd met onder andere de voorliggende voorzieningen. De invulling van het gebiedsgericht organiseren bepalen wij door de couleur locale van de gemeenten in dat gebied. Vanuit de geografische ligging in combinatie met het aantal inwoners kiezen we voor de volgende vier gebieden:

Gebied 1: Tilburg in totaal 221.947 inwoners.

Gebied 2: Alphen-Chaam (10.373), Baarle-Nassau (6.899), Gilze Rijen (26.723) en Dongen (26.368): in totaal 70.363 inwoners.

Gebied 3: Goirle (23.952), Oosterwijk (23.373) en Hilvarenbeek (15.698): in totaal 63.023 inwoners.

Gebied 4: Heusden (45.005), Loon op Zand (23.504) en Waalwijk (48.815)⁵: in totaal 117.324 inwoners.



Zorgaanbieders vragen we in hun offertes hierop aan te sluiten daar waar specifiek wordt gevraagd om gebiedsgericht te organiseren. We zorgen er voor dat er in alle gebieden een dekkend en samenhangend aanbod is door zorgaanbieders te koppelen aan een gebied als daar een gat ontstaat.

2.8 Sturingsinstrumenten

Om een passende vertaling te maken van de doelen naar een inkoopstrategie hebben we gewerkt aan een marktanalyse. De opbrengsten hiervan zijn terug te vinden in het regionaal document ‘Leergang Inkoop Jeugd’ (maart 2020). Op basis van de analyse zetten we de inkoopinstrumenten bekostiging, toegang, leveranciers- en contractmanagement en contractvormen in samenhang gericht in. Het in samenhang inzetten van al deze instrumenten bepaalt namelijk in hoge mate de effectiviteit van de inkoop van jeugdhulp. Per segment hebben we op deze sturingsinstrumenten inhoudelijke keuzes gemaakt, welke concreet in de hoofdstukken 4 tot en met 8 zijn uitgewerkt. Het gaat dan inhoudelijk om de volgende keuzes:

⁵ Waalwijk en Loon op Zand kopen gezamenlijk en los van HvB Wmo Begeleiding in.

1. *Bekostiging*

De wijze van bekostiging van de zorg en daarmee de prikkels die hierin zijn verwerkt, bepalen in grote mate het gedrag van de aanbieders. Afhankelijk van de visie op de sturing en transformatie, beleidsdoelen, inrichting in relatie tot de lokale en regionale context kiezen we binnen de segmenten voor een bekostigingsmodel. Mogelijke risico's hebben we hierbij meegewogen en ook maatregelen voor getroffen. Er zijn ten aanzien van de bekostiging drie modellen te onderscheiden, waarbij elk model andere eisen stelt aan de wijze van inkoop, facturatie, sturing en informatievoorziening⁶:

- A. Bij inspanningsbekostiging betaalt de gemeente per uur of dag(deel) tegen een gecontracteerd tarief (PxQ). De gerealiseerde productie staat centraal in de bekostiging; overproductie en onvoldoende focus op kwaliteit zijn voornaamste risico's.
- B. Bij resultaatgerichte bekostiging verstrekt de gemeente een bedrag voor het realiseren van een resultaat per cliënt. De betaaltitels zijn arrangementen in combinatie met intensiteitsniveaus en te behalen resultaten. Gemeente betaalt aan de aanbieder een vooraf bepaald bedrag per cliënt (hoogte wisselt per arrangement – intensiteit combinatie) om dit resultaat te behalen. *Upcoding* en *cherry picking* zijn voornaamste risico's.
- C. Bij taakgerichte bekostiging verstrekt de opdrachtgever een integraal budget (lumpsum) per aanbieder of per gebied of voor alle aanbieders. Dit budget is gekoppeld aan een taak of opdracht. Deze taak of opdracht staat centraal in de bekostiging; wachtlijsten en onderhandeling zijn de voornaamste risico's. Voortijdige uitputting van het budget is het voornaamste risico.

2. *Toegangsmanagement*

Het toegangsmanagement heeft betrekking op de wijze waarop wij de toegang tot zorg inrichten. Enerzijds is het gericht op zoveel mogelijk direct passende hulp bieden en anderzijds op meer grip krijgen op de in-, door- en uitstroom van jeugdhulp. Per segment wordt dit afgewogen en kunnen andere keuzes worden gemaakt. De exacte inrichting van de gemeentelijke toegang is aan elke gemeente. Voor segment 1 is afgesproken dat we daar een uniforme werkwijze overeenkomen voor de nieuwe inkoop, waar we ook huisartsen en gecertificeerde instellingen betrekken. Dit omdat we hier met aanbieders een nieuwe manier van samenwerking willen realiseren. Wij moeten kunnen vertrouwen op integraliteit en uniformiteit van aanbieders en zij op die van gemeenten.

Hoe gemeenten uiteindelijk de eigen toegang inrichten, heeft uiteraard invloed op hoe het toegangsmanagement als sturingsinstrument kan worden ingezet en andersom.

De gemeentelijke toegang is niet de enige toegang tot jeugdhulp, ook het medisch domein en de gecertificeerde instellingen zijn belangrijke kanalen. De afspraken met deze verwijzers zijn daarom ook van groot belang. Voorwaarde is dat de toegang tot de jeugdhulp voor jeugdigen en verzorgers laagdrempelig en efficiënt is georganiseerd. Kinderen dienen (snel) de juiste hulp te krijgen en niet onnodig te worden doorverwezen. Geen enkel kind mag tussen wal en schip geraken.

3. *Leveranciers- en contractmanagement*

Bij leveranciers- en contractmanagement gaat het over de inrichting van het zorglandschap. Dat wil zeggen de keuze over het aantal partijen, de vorm van samenwerking in relatie tot de specifieke ontwikkelopgaven per segment die wij van aanbieders verwacht. Per segment maken we hier een keuze in en vertalen we vervolgens naar de wijze waarop het leveranciers- en contractmanagement vorm krijgt. Bij leveranciersmanagement ligt het accent op (het onderhouden en ontwikkelen van) de samenwerkingsrelatie met de zorgaanbieders. Bij contractmanagement ligt het accent op het management van het contract. Op dit moment wordt binnen het implementatieplan van de regionale inkoop en door de huidige contractmanagers -mede op basis van ervaringen en evaluaties- gewerkt aan de herijking van de visie en differentiatie van het leveranciers- en contractmanagement mede in relatie tot data- en monitoringsvraagstukken. De resultaten hiervan verwerken we in het implementatieplan.

⁶ Zie notitie inkoop, I-sociaal domein (2020). Momenteel werken we aan het implementatieplan inkoop 3D. Deze wordt na de zomerreces bestuurlijk ter besluitvorming aangeboden.

4. Contract

Het laatste sturingsinstrument betreft het af te sluiten contract en is gericht op het bepalen van de looptijd van het contract (kortdurend, langdurend, opties tot verlenging), het type contract (met of zonder tussentijdse toetreding) en aanvullende contractuele (bedrijfsvoering, kwaliteits- en financiële) eisen. Per segment wegen we dit samenhangend af en lichten we dit toe.

2.9 Zorgfraude

Om ervoor te zorgen dat zorggeld aan zorg wordt besteed nemen we over het onderwerp winst en dividend passages het volgende op in de inkoopdocumenten:

- De Wet Normering Topinkomens (WNT) geldt (waarmee beloning aan bestuurders is gemaximeerd), met uitzondering van eenmanszaken, VOF's en maatschappen[3];
- We inzicht willen in de onderlinge verhoudingen in een groep van bedrijven / instellingen;
- We inzicht willen welke natuurlijke personen uiteindelijk belanghebbende zijn;
- We inzicht willen in relaties rond vastgoed en services die uit gelieerde instellingen of ondernemingen worden verstrekt en waar zorggeld naar toe kan gaan;
- We de vergoedingen voor diensten van gelieerde ondernemingen normeren;
- We de beheersvergoedingen transparant willen hebben (onderdeel van de WNT);
- De winst gemaximaliseerd wordt (Segment 1) we branchenormen hanteren voor het vaststellen van een redelijke winst en hoe om te gaan met een eventueel surplus (segmenten 2-5).

2.10 Betrokkenheid (Regionale) adviesraden

De onafhankelijke adviesraden adviseren de raden vanuit het cliënten- en inwonersperspectief over het beleid van het sociaal domein en de uitvoering ervan. Bij het opstellen van de regionale uitgangspunten en de houtskoolschetsen voor de inkoop is advies gevraagd aan de Regionale Adviesraad. Het advies wat hierop is ontvangen, is verwerkt in deze inkoopstrategie. De regionale adviesraad wordt met regelmaat geïnformeerd -al dan niet gelijktijdig met de gemeentelijke raden. De Regionale Adviesraad hebben we ook gevraagd een adviesrol te vervullen in het aanbestedingsproces. De gedacht is dat een delegatie van de adviesraad wordt betrokken bij een deel van het gebiedsgerichte selectieproces. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij open staan voor vragen van de adviesraden en belangenorganisaties.

2.11 Betrokkenheid zorgaanbieders

De rol van de zorgaanbieders bij de totstandkoming van de inkoopstrategieën is ook van belang. De afgelopen weken zijn alle geïnteresseerde zorgaanbieders, jeugdhulp en Wmo, geïnformeerd over ons voornemen om de contracten te vernieuwen. De zorgaanbieders zijn op basis van de uitgangspunten en houtskoolschetsen meegenomen in de veranderingen in de nieuwe inkoop sociaal domein 2022. De vragen, opmerkingen en adviezen die daaruit zijn ontstaan, zijn voor het opstellen van de inkoopstrategie gebruikt. Op de website van Hart van Brabant/ regionale inkoop 3D is een Q&A overzicht geplaatst. Hieruit is op te maken dat het merendeel van de zorgaanbieders begrijpt dat wij een andere beweging moet maken en zij kunnen zich hier zelfs grotendeels in vinden. Tegelijkertijd zijn er ook zorgen geuit. Deze lagen vooral op het vlak van kleine versus grote zorgaanbieders (hoofdaanbieders/onderaannemers), de angst dat 'problemen' worden verlegd naar de zorgaanbieders en de krappe tijdplanning. Inmiddels hebben we de planning aangepast en gekozen voor de fasering van de inkoop. Wij hechten veel waarde aan zowel kleine als grote aanbieders en hebben oog voor de administratieve lasten m.b.t. hoofdaanbieders- en onderaannemerschap. Wij willen hierin faciliterend in optreden door bijvoorbeeld standaardcontracten op te stellen.

3 Segmentering

3.1 Vijf segmenten voor jeugdhulp

We hebben 5 segmenten onderscheiden om zorgvragen gericht te kunnen inkopen. De segmenten zijn als volgt gedefinieerd:

1. *Hoog specialistische zorg (segment 1)*: Jeugdigen en hun gezin met zware (complexe) problematiek die op meerdere domeinen van hun leven problemen ervaren (gezin, school, welzijn, etc.). Het gaat hier vaak om dure en relatief langdurige trajecten zoals intramurale behandelingen en intensieve ambulante hulp en dagbehandelingsvarianten.
2. *Wonen (segment 2)*: Wanneer de thuissituatie geen veilige of passende woonomgeving voor een kind vormt, moet er een alternatieve woonvorm gevonden worden die zo lang als nodig als thuis fungeert.
3. *Dagbegeleiding en dagopvang (segment 3)*: Jeugdigen die gebruik maken van dagbegeleiding leren bepaalde resultaten/vaardigheden gedurende een of meerdere dagdelen per week. Dagopvang betreft (recreatieve) opvang van jeugdigen ter ontlasting van het gezinssysteem, indien opvang in het eigen netwerk en/of binnen reguliere voorzieningen voor onderwijs, opvang en vrije tijd onvoldoende lukt.
4. *Specialistisch/ veel voorkomend (segment 4)*: Het gaat hier om specialistische zorg voor jeugdigen met enkelvoudige problematiek. Het gaat om ambulante en/of poliklinische hulp, die kortdurender en/of minder intensief is dan de hulp in segment 1. Vaak ligt de focus op het verbeteren van of ondersteunen bij problematische opvoedingssituaties.
5. *Crisisopvang (segment 5)*: Jeugdigen en gezinnen waarvoor acute hulpverlening noodzakelijk is vanwege veiligheid of extreme hulpvraag.

Per segment is een gedifferentieerde, samenhangende inzet van de inkoopinstrumenten opgesteld om te komen tot meer zicht en grip op de zorgmarkt. Deze worden in de hoofdstukken 4 tot en 8 nader beschreven. Eerst wordt hieronder ingegaan op de scope (3.3) en de totale inkoopwaarde van de inkoop van jeugdhulp voor HvB Hart van Brabant (3.4).

3.2 Reikwijdte van de inkoop jeugdhulp

De onderstaande punten behoren niet tot deze inkoop:

Preventie en vroeg signalering

De inkoopstrategie jeugdhulp gaat over de inkoop van de specialistische jeugdhulp. Dat betekent dat zaken als preventie en vroeg signalering geen onderdeel zijn van de strategie. Wel wordt er samengewerkt en op sommige onderdelen verbinding gelegd.

BSO+

Dagopvang in de vorm van buitenschoolse opvang (+) voor jeugdigen met een beperking, GGZ-problematiek (ADHD, autisme), voor wie de reguliere kinderopvang niet altijd toegankelijk/passend valt buiten de scope. De inkoop van BSO (+) vindt separaat plaats tegen een passende (lagere) financiering, met eventueel een bijdrage van ouders zoals ook bij reguliere kinderopvang geldt. Als op termijn de verantwoordelijkheid van BSO (+) bij het speciaal onderwijs wordt neergelegd, kan de overgang makkelijker plaatsvinden.

Forensische jeugdzorg

Voor wat betreft de forensische jeugdzorg, wordt momenteel gewerkt aan een bovenregionale inkoop. Het betreft hier zeer specifieke hulp gericht op het terugdringen van delict gedrag, anders dan bij de reguliere ggz. Dit onderwerp wordt om die reden ook in dit document buiten

beschouwing gelaten, net zoals dat geldt voor ADHD+-zorg (curatieve ggz via kinderartsen) Jeugdzorg Plus.

3.3 Totale inkoopwaarde en besparingspotentieel

Met de nieuwe opgave voor de jeugdhulp willen we de zorg slimmer, effectiever en meer doelmatig inrichten. Daarnaast willen we op korte termijn de kosten beheersen en op langere termijn de kosten te reduceren. Bij de mogelijkheden voor kostenbeheersing en -reductie dan wel inverdieneffecten onderscheiden we drie soorten mechanismen welke we momenteel onderzoeken en na vaststelling van de inkoopstrategie per segment in de inkoopdocumenten concretiseren.

A. *Aanpassingen in organisatie en samenwerking.*

Dit zijn interventies gericht op 'slimme intake' en 'slim organiseren'. Deze inverdieneffecten kunnen worden gerealiseerd door goede samenwerking enerzijds in de jeugdhulpketen en anderzijds met andere (gemeentelijke) voorzieningen. Partnerschap en integraliteit is hierbij voorwaarde voor succes. Het succes van deze interventies vraagt tijd en investeringen van zorgaanbieders.

B. *Voorkomen van jeugdhulpgebruik.*

Hierbij moet gedacht worden aan 'preventie', 'normaliseren' en 'innovatie & digitalisering'. Het aansluiten op de lokale situatie en gebiedsgericht werken is hier de sleutel:

- Nieuwe investeringen in preventie verdienen zich niet terug binnen de eerste looptijd van het contract, maar uiteindelijk is het wel aannemelijk dat preventie zich vertaalt in een daling van het gebruik van jeugdhulp doordat signalen eerder worden opgepakt en zwaardere zorg wordt voorkomen;
- Bij normaliseren willen we de instroom beperken door meer in 'het gewone leven' op te lossen en daar waar mogelijk gebruik te maken van burgerkracht.
- Bij innovatie en digitalisering wordt daar waar mogelijk meer gebruik gemaakt van collectieve zorg i.p.v. individuele zorg. Ook willen we de inzet van technologische tools stimuleren om de wijze van in-, door- en uitstroom te beïnvloeden.

C. *De verlening van jeugdhulp verandert.*

Afhankelijk van de wijze waarop 'integraliteit en substitutie' in het contract vorm krijgt, biedt het mogelijkheden voor besparingen die direct kunnen worden geëffectueerd. Bijvoorbeeld bij taakgericht werken. Aanbieders krijgen hier veel ruimte voor mogelijkheden voor innovatie en substitutie van het zorgaanbod. De reductie in zorgvolume moet tot stand komen door innovaties in behandelmethoden. Het realiseren hiervan vraagt meer tijd, maar betekent ook besparing op de jeugdhulpkosten.

Om de hierboven beschreven punten te kunnen realiseren moeten er investeringen worden gedaan. Dit geldt zowel voor de gemeenten als de zorgaanbieders. Per segment worden de mogelijke inverdieneffecten op hoofdlijnen beschreven.

4 Hoog specialistische zorg/ weinig voorkomend (Segment 1)

4.1 Beschrijving segment hoog specialistische jeugdhulp

In dit segment gaat het om jeugdigen en hun gezin met zware (complexe) problemen die zij op meerdere domeinen (gezin, school, welzijn, gezondheid, inkomen, etc.) van hun leven ervaren en voor jeugdigen met een psychische of psychiatrische aandoening of een licht verstandelijke of lichamelijke beperking. Juist deze kwetsbare groep heeft een op maat gemaakte aanpak nodig, met aandacht voor alle domeinen. De verscheidenheid en complexiteit aan problemen waarmee deze jeugdigen kampen, vraagt om expertise uit verschillende sectoren (jeugdzorg, GGZ, gehandicaptenzorg, onderwijs). Deze is nu onvoldoende geïntegreerd of gecombineerd beschikbaar.

Het gaat om jeugdigen en de gezinnen waaruit zij komen die op dit moment een intensieve vorm van jeugdhulp ontvangen:

- Residentiele hulp
- Ambulante hulp ontvangen met een intensiteit F of G
- Dagbehandeling

We zien vaak dat bij deze jeugdigen en hun gezinnen meerdere vormen van hulp gelijktijdig lopen. Een goede regie op zorg is noodzakelijk om resultaten te bereiken en veiligheid van de jeugdigen te realiseren. Als jeugdigen naast bovenstaande categorieën ook andere (soms lichtere) zorg ontvangt dan wordt die zorg ook tot segment 1 gerekend.

Voor aanbieders gaat het om het leveren van matched care en ondersteuning voor jeugdigen en gezinnen met deze complexe, onvoorspelbare en meervoudige problematiek. Aanbieders doen dit vanuit de verantwoordelijkheid die ze als jeugdhulpaanbieder hebben. Een integrale blik aan de voorkant is voor deze doelgroep noodzakelijk om tot een passende (maatwerk)oplossing te komen. Het aanbod dat voor deze doelgroep ingezet wordt, is systeemgericht en integraal (domein overstijgend). Zorg, hulp en ondersteuning vanuit andere domeinen (Wmo, schuldhulp, Zvw, Wlz etc.) wordt in nauwe afstemming met desbetreffende partijen, GI's en de gemeentelijke toegang georganiseerd.

Daarnaast ontvangt een deel van de jeugdigen in dit segment zorg via landelijke specialistische aanbieders o.b.v. de contracten van de VNG, gesloten jeugdzorg via de bovenregionale contractering, (bovenregionale) crisiszorg en transforensische zorg. Deze vormen van zorg vallen buiten de aanbesteding voor segment 1 maar worden zowel inhoudelijk als financieel in samenhang gezien.

4.2 Marktanalyse & ontwikkelingspotentieel

In de periode maart tot en met oktober 2020 hebben we een marktanalyse uitgevoerd. Uit deze marktanalyse blijkt dat het hier gaat om ca. 1400 jeugdigen, dat is ongeveer 12% van de cliënten en 50% van de regionale totale kosten in de jeugdhulp. Het betreft dus een relatief kleine groep cliënten die een zware, meervoudige hulpvraag heeft. Deze jeugdigen nemen hun ondersteuning hoofdzakelijk af van een beperkt aantal hoofdzakelijk grote aanbieders. Deze grote aanbieders leveren 85% van de omzet in dit segment. Hierdoor kent de markt een beperkte dynamiek. Uit de eerdergenoemde marktanalyse blijkt ook dat de bestaande zorg in segment 1 in een aantal opzichten verbeterd kan worden. Er wordt nog te veel gebruik gemaakt van residentiele voorzieningen. Dit willen we terugbrengen. Bovendien moeten kwetsbare jongeren te lang wachten, omdat passende hulp niet beschikbaar is. Daarnaast liggen hun zorgvragen op meerdere leefdomeinen, maar de integraliteit in de hulp is nog onvoldoende. De inzet van hulp vanuit een aanbieder zou daarom de grenzen van de domeinen binnen de jeugdhulp moeten overstijgen om aan te sluiten bij de

zorgbehoefte van de jeugdige en het gezin. Samenwerking van de aanbieders om tot een integraal aanbod te komen rond deze jeugdigen is essentieel. Aanbieders voor segment 1 worden gezamenlijk verantwoordelijk voor integraal aanbod van zorg en ondersteuning en verbinden zich gezamenlijk aan het verlenen van zorg aan deze complexe doelgroep. Door de ondersteuning integraal te organiseren en beter af te stemmen op de hulpbehoefte van de jeugdige en zijn gezin willen we komen tot een efficiëntere zorginzet, kortere doorlooptijden en minder stapeling van zorg. Dit leidt (op termijn) tot een reductie van kosten.

4.3 Opgave

Binnen segment 1 onderscheiden we een aantal opgaven.

1e opgave: meer kennis en expertise aan de voorkant

We voelen ons gezamenlijk verantwoordelijk voor het organiseren van kennis en expertise op de juiste plek. Kennis over hoog specialistische zorg is noodzakelijk om aan de voorkant een goede afweging te maken over wat een jeugdige of gezin op dat moment nodig heeft. De gemeentelijke toegang en GI heeft een centrale rol in het in kaart brengen van de brede problematiek in het gezin. De problematiek van deze doelgroep is vaak domein-overstijgend. Hierdoor is het noodzakelijk dat er aan de voorkant vanuit meerdere kennisgebieden wordt nagedacht over een passend aanbod. We streven naar direct de juiste aanpak.

2e opgave: transformatie: beweging naar 0

Samen ondersteunen we de landelijke beweging naar 0⁷. Om deze beweging in gang te zetten, willen vier transformatiebewegingen realiseren:

1. Minder uithuisplaatsingen en voldoende passende alternatieven

We voelen ons gezamenlijk verantwoordelijk om te komen tot passende alternatieven voor regulier intramuraal aanbod en uithuisplaatsingen. Dit gebeurt vanuit de stellige overtuiging dat het voor een kind het beste is om thuis op te groeien. Aanbieders voelen zich verantwoordelijk voor het ontwikkelen van ambulante en gezinsgericht aanbod met als doel om jeugdigen de best passende zorg te bieden en tegelijkertijd het thuis blijven wonen mogelijk te maken. Het gezamenlijk realiseren van matched care is hierin belangrijk. Aanbieders pakken dit op door een geleidelijke ombouw van intramuraal naar voldoende en gedifferentieerd ambulante aanbod te ontwikkelen en beschikbaar te hebben ter voorkoming of verkorting van een intramuraal traject en/of JeugdzorgPlus. Indien er (tijdelijk) intramurale plaatsing nodig is, wordt deze plaatsing vanaf de start als onderdeel van een breder (ambulante) traject gezien. Hierbij geloven we erin dat de zorg zo veel mogelijk rondom het kind georganiseerd wordt. Helaas zijn er jeugdigen in onze regio voor wie thuis opgroeien tijdelijk of structureel geen oplossing is. In dit geval zoeken we gezamenlijk naar een oplossing die zo veel mogelijk op een thuis lijkt.

2. Samenwerking om tot een jeugdaanbod te komen dat de verschillende disciplines overstijgt

Aanbieders voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor het ontwikkelen van een systemisch, integraal jeugdhulp aanbod. Te vaak wordt de hulp nog 'mono-disciplinair' verzorgd. Er wordt gestreefd naar meer dan multidisciplinaire samenwerking alleen. Expertise uit de diverse domeinen wordt achter de schermen zo gecombineerd en geïntegreerd tot één passend aanbod voor het kind en/of systeem, dat zij niet merken dat er sprake is van zorg vanuit meerdere disciplines.

3. Domein overstijgende aanpak voor alle gezinsleden in multi probleem gezinnen

Problematiek van een kind en het gezin is in segment 1 vaak domein-overstijgend. In een bredere context gaat het hier niet alleen over jeugdhulp. Het gaat hier ook over bijvoorbeeld het sociaal

⁷ Ambitie om te komen tot nul uithuisplaatsingen, nul wachtlijsten, nul jeugdigen die zitten te wachten op een vervolgplek, nul jeugdigen die zich suïcideren, nul jeugdigen die gesepareerd worden en nul jeugdigen die buiten de regio worden geplaatst.

domein (gemeente), onderwijs, de WLZ en ZVW. De complexiteit binnen segment 1 maakt dat coördinatie op een integraal gezinsplan en volgordelijkheid van de inzet door de gemeentelijke toegang of GI belangrijk is. Daarom is het belangrijk dat de toegang coördinatie heeft op het totale gezinsplan en dat er wordt samengewerkt om te komen tot een domein overstijgend, integraal plan.

4. *Nieuwe mindset en professional centraal*

We hebben een transformatie voor ogen die vraagt om een andere, nieuwe mindset van professionals waarbij maatwerk, matched care en de transformatiedoelstellingen centraal staan. Het gemeenschappelijke belang staat boven dat van een organisatie of een gemeente. We voelen ons gezamenlijk verantwoordelijk om de professional centraal te zetten. Met die mindset voor ogen willen we faciliteren dat professionals alle ruimte krijgen om hetgeen te doen wat bijdraagt aan het realiseren van de transformatie die we voor ogen hebben.

5. *Geen schadelijke wachttijden*

Jeugdigen moeten nu nog lang wachten op een passende plaats. We verwachten dat er geen wachtlijsten zijn op hoog specialistische zorg met de nieuwe contracten.

4.4 Inrichtingskeuzes

Bekostiging

Bij segment 1 kiezen we voor taakgerichte financiering. De vergoeding is een vast bedrag voor de opgave van de opdracht (Lumpsum), zoals hierboven geformuleerd. Deze vorm van financiering past het beste bij de transformatievisie en ambitie van segment 1. Met deze manier van financiering hebben de aanbieders autonomie en ruimte om datgene te doen wat nodig is en daadwerkelijk in te zetten op de transformatie. Zorgaanbieders kunnen doelmatig en slimmer (innovatief) gaan werken in lijn met de beoogde transformatiedoelen zoals het reguleren van de omvang van de zorgvraag, het verbeteren van de kwaliteit van jeugdhulp en het beheersen van kosten.

De reductie in zorgkosten moet tot stand komen door innovaties in behandelmethoden en niet door onderinvestering in kwaliteit of afwenteling van (dure) cliënten. Wachttijden moeten ook worden voorkomen, waarbij voorkomen moet worden dat zorgaanbieders kunnen claimen dat het budget niet toereikend is (zgn. zachte budgetrestrictie). Doordat er sprake is van één coalitie van aanbieders en de gemeente meer op afstand staat - omdat er geen betaling of verantwoording op cliëntniveau plaatsvindt - is het van belang de positie van de cliënt goed te borgen. De keuzevrijheid voor cliënten wordt gevonden in de diverse hulpvormen die beschikbaar zijn, maar er worden ook duidelijke afspraken gemaakt over het gebruik van perspectiefplannen, het inregelen van een laagdrempelige onafhankelijke klachtenprocedure en onafhankelijke cliëntondersteuning. Wij zetten ook in op het direct meten van cliënttevredenheid en organiseren een follow-up van cliënttevredenheidsmeting door het contractmanagement. Daarnaast worden twee maatregelen getroffen:

- De kwaliteit van zorg wordt door de toegangen getoetst en bewaakt zodat aanbieders niet alleen met cliënten gaan werken waarmee ze resultaat kunnen halen (*cherry picking*). Wij denken bij zorgtoewijziging aan een acceptatieplicht voor aanbieders. Hiermee wordt voorkomen dat aanbieders dure cliënten weigeren. Daarnaast wordt de verantwoording (op basis van geleverde kwaliteit van hulp en ondersteuning) goed ingeregeld en worden terugval-opties geregeld voor cliënten die niet tevreden zijn.
- Wachttijden worden tegengegaan door goede monitoring met een risicodossier en in het contract worden ook afspraken gemaakt over wachttijden. In het contract worden ook afspraken gemaakt over de risicoverdeling tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. Deze moet proportioneel zijn. Wij spreken bijvoorbeeld af in welke gevallen budgetten maximaal verhoogd kunnen worden (bijvoorbeeld bij cao-afspraken, toenemende cliëntenaantallen, etc.) en maken ook afspraken over de reductie en stabilisatie van de kosten.

Toegangsmanagement

De organisatie van de toegang tot de hoog specialistische jeugdhulp is cruciaal is bij het realiseren van de transformatie. Daarom werken we samen met aanbieders en toegang aan een passende werkwijze voor de toeleiding (triageproces) naar hoog specialistische jeugdhulp uit. De uitwerking van dit proces wordt in samenwerking met wijkteams, aanbieders, Gecertificeerde Instellingen (GI's) en Veilig Thuis opgesteld. Het medisch domein wordt bij deze uitwerking betrokken. Na zorgtoewijzing bepalen de aanbieders met het gezin de zorginzet. De toegang coördineert de zorg rond de gezinnen volgens de methode één gezin één plan één coördinator. Ook deze ontwikkeling van de toegang gebeurt in samenwerking met o.a. zorgaanbieders en toegang (gemeentelijk en GI).

We kiezen dus bewust voor een *hybride* vorm van taakgericht werken zoals beschreven is in de handreiking I-Sociaal Domein. Dit doen we ten eerste vanwege het feit dat we met segmenten werken. Dan dient de toegang/GI te bepalen in welk segment een cliënt thuishoort. Zo houdt toegang ook zicht en kan zij coördinatie verzorgen. Ten tweede omdat we een domeinoverstijgende aanpak willen realiseren voor de doelgroep van segment 1. De toegang is verantwoordelijk voor het gezinsgerichte plan van aanpak hierop. Tenslotte willen we de tijd nemen om samen met aanbieders toe te groeien naar de zuivere variant van outcome gerichte sturing.

Leveranciers- en contractmanagement

Wij kiezen in dit segment voor een intensieve samenwerking in de vorm van een partnership met een geselecteerde groep aanbieders, zo nodig met onderaannemers. Dit vanwege enerzijds de complexiteit van de doelgroep die in veel gevallen een gezamenlijke aanpak over de sectoren vraagt en om een gezamenlijke budgetverantwoordelijkheid vanwege de hoge uitgaven op dit segment. De coalitie levert integraal het gehele spectrum aan jeugdhulp binnen segment 1. Hierbij wordt maximaal gebruik gemaakt van hun expertise en zijn ze samen verantwoordelijk voor de zorg aan de doelgroep. De coalitie kan de uitvoering naar eigen inzicht invullen qua duur, frequentie en inzet van ondersteuning. Dit is een belangrijke voorwaarde voor het succesvol kunnen uitvoeren van taakgericht werken. Wij bemoeien ons niet met de uitvoering en de zorgaanbieders zijn proactief en doen wat echt nodig is. Hierdoor kan de coalitie doelmatiger en slimmer werken zodat doelen worden behaald. Er worden afspraken gemaakt over de ontwikkeling van de hoog specialistische zorg in de regio (transformatie agenda) over onder andere de inzet en ontwikkeling van ambulante alternatieven/substituten ter vervanging van of ter bevordering van uitstroom uit intramurale verblijf/behandeling of over nieuwe innovatieve intramurale concepten (zoals kortdurende gezinsopnames). Wij gaan uit van partnerschap. Partnerschap betekent werken aan een win-winrelatie vanuit gedeelde visie en ambities, zodat goede zorg geleverd kan worden binnen vastgestelde budgettaire kaders. Focus ligt hierbij op wederzijds begrip, transparantie en open communicatie. Dit benadrukt ook dat de taakgerichte uitvoeringsvariant vraagt om een proces van continu leren en verbeteren. Mede hierdoor vraagt het partnerschap om een intensievere vorm van samenwerken en het managen van contracten.

Contractvorm en periode

Om de verantwoordelijkheid te kunnen nemen en om de beoogde transformatiedoelen (integrale hulp, geen kind tussen wal en schip, meer efficiency en effectiviteit, 1 gezin-1 plan- 1 coördinator te realiseren) te kunnen bereiken, worden langdurige contracten van 4 jaar afgesloten, met een optie tot eenzijdige verlenging door de gemeente van twee maal 2 jaar. In totaal komt dit mogelijk tot een duur van acht jaar.

4.5 Sturing en monitoring

Binnen segment 1 hebben aanbieders en gemeenten gezamenlijk een grote opgave. Dat maakt dat er aan beide kanten behoefte is aan goede monitoring. Hiervoor moeten concrete afspraken gemaakt worden over de informatie die nodig is om de beweging te monitoren. Dat doen we aan de hand van transformatiedoelen en prestatie indicatoren die gedurende dit proces nodig zijn. In

het contract worden duidelijke afspraken gemaakt waarover hoofdaanbieder onderbouwd moet rapporteren en met welke frequentie. Naast dat de hoofdaanbieder zelf de metingen dient te verrichten, investeren wij zelf ook in het vaststellen van tevredenheidsscores. Zo wordt er zicht gehouden op de prestaties van de hoofdaanbieder, maar ook op risico's als afwenteling van cliënten en onderinvestering in kwaliteit. De partnerrelatie en wederzijdse afhankelijkheid voor het behalen van doelen vraagt om kwalitatief leveranciersmanagement waarbij dialoog en transparantie leidend zijn.

Voor het afrekenen van het budget, maken we gebruik van de afspraken die ontwikkeld zijn door i-sociaal domein op het gebied van taakgericht financieren.

Deze manier van werken vraagt van gemeenten en aanbieders beide nog een ontwikkeling. Die willen we in de komende twee jaar gezamenlijk en in partnerschap gaan maken.

4.6 Budget & besparingspotentieel

Budget voor de doelgroep

We vinden dat de bekostiging van de zorg moet aansluiten bij de doelstellingen die we voor de doelgroep willen bereiken. Het uitgangspunt is dan ook dat we afspraken maken over de bekostiging van de zorg op het niveau van de gehele populatie. Dit vraagt van de regio en de aanbieders dat gezamenlijk wordt geïnvesteerd in een goed cijfermatig inzicht in de omvang van de huidige doelgroep en de omvang van de geleverde zorg. Gelijktijdig moet worden geïnvesteerd in een gezamenlijk toekomstig beeld van de doelgroep en de omvang van de te leveren zorg. Het realiseren van dit toekomstbeeld is ons streven en daar maken we duidelijke afspraken over. We volgen samen de vorderingen aan de hand van periodieke rapportages en vastgestelde KPI's.

We stellen het budget vast aan de hand van de prognose van 2022. Hierbij is het verwachte volume 1.600 cliënten en de verwachte uitgaven ongeveer 45% van het regiobudget⁸ voor de hele doelgroep bij ongewijzigd beleid. De zorg van landelijke specialistische aanbieders, de gesloten Jeugdzorg, de crisiszorg en transforensische zorg vallen binnen dit budget maar buiten de aanbesteding.

Bij het nemen van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en gemeente voor de doelgroep, hoort ook een passende afspraak over de bekostiging van de jeugdhulp. Het uitgangspunt is die zorg te leveren die passend is bij de behoefte van de jeugdige en het gezin. We verwachten dat gedaan wordt wat nodig is en er wordt maatwerk geleverd. Aanbieders zijn kritisch omdat zij het een plicht aan zichzelf vinden om maatschappelijke middelen zo goed mogelijk te besteden. Zij respecteren dan ook het budgettaire kader van de regio. Het budget kan echter negatief of positief worden bijgesteld. Dit kan nodig zijn als gevolg van (exogene) ontwikkelingen waar het in alle redelijkheid niet realistisch zou zijn dat de contractpartner dat moet betalen (of de winst zou mogen houden), bijvoorbeeld als de wetgeving verandert of het aantal cliënten door maatschappelijke ontwikkelingen ineens fors zou stijgen of dalen. Tegelijkertijd vragen we aan de contractpartner om een afbouw van het budget te realiseren. Dit gaat over de beweging die we willen dat de contractpartner gaat maken in het normaliseren/afschalen. Deze twee benaderingen kunnen elkaar versterken en tegen elkaar in werken, maar kunnen wel steeds afzonderlijk worden afgewogen op basis van rapportages/kengetallen.

We hebben de overtuiging dat als we de transformatie gezamenlijk oppakken dit niet alleen een positief zorginhoudelijk effect heeft. De transformatie levert ook financieel gezien winst op voor aanbieders en gemeenten. Dit zit hem zowel in directe zorg-gerelateerde kosten (ombouw, efficiëntie) als indirecte kosten (administratieve lasten, overhead). Aan de hand van een in

⁸ De bepaling van de omvang van het taakstellende budget is onder voorbehoud van de consequenties invoering woonplaatsbeginsel per 1-1-2022

gezamenlijk te ontwikkelen transformatieagenda willen we in 4 jaar een netto besparingspotentieel realiseren van tenminste 10%.

Om dit te bereiken:

- Worden er concrete doelen en KPI's geformuleerd, gemonitord en sturen deze continu bij en voelen ons gezamenlijk verantwoordelijk voor het behalen van het resultaat;
- Opbrengsten worden ingezet voor investeringen in de zorg en beheersing van de uitgaven;
- Als de transformatie leidt tot transitiekosten om de zorginhoudelijke beweging te kunnen maken, zoeken we samen naar een passende financiële oplossing binnen het afgesproken kader.

4.7 Inkoopprocedure

4.7.1 (Sub)percelen

De opdracht voor segment 1 is niet onderverdeeld in percelen, omdat wij een integrale aanpak van de uitvoering van de opdracht willen. Wij kiezen ervoor deze opdracht als lumpsumovereenkomst in de markt te plaatsen. Dit past bij de hierboven beschreven ambities. Om uitvoering te geven aan de opdracht kiezen we ervoor om met een hoofdaanbieder of combinatie te werken. Op deze manier wordt de integraliteit van de opdracht en de regie op het geheel bewerkstelligd. Hoofdaanbidders kunnen zelfstandig of als combinatie inschrijven. Het is hierbij toegestaan onderaannemers in te zetten. De eisen gelden voor zowel hoofdaanbieder als de onderaannemers. Momenteel zijn we de eisen aan het opstellen en onderzoeken we wat de effecten hiervan zijn op de onderaannemers.

4.7.2 Aanbestedingsproces

De opdracht willen we aanbesteden door middel van een openbare procedure met Europese aankondiging op basis van het verlichte regime voor sociale en andere specifieke diensten (SAS-procedure). Dat betekent dat iedere geïnteresseerde die voldoet aan de gestelde eisen een inschrijving mag indienen en mag meedingen naar gunning van de opdracht. De SAS-procedure is verregaand vormvrij waardoor het mogelijk is om tussen de selectiefase en gunning in gesprek te gaan met de geselecteerde partijen om nadere invulling te geven aan de opdracht, bekostiging en het contract. We willen de aanbestedingsprocedure vormgeven in twee fases, namelijk de selectiefase en de gunningsfase:

- a. In de selectiefase selecteren we de aanbieders op geschiktheidseisen en een bekwaamheidsdossier. De geschiktheidseisen zijn gericht op uitsluitingsgronden, de financiële gezondheid en technische bekwaam en beroepsbekwaamheid. Het bekwaamheidsdossier is gericht op een aantal vragen die gericht zijn op: de te leveren prestaties (bv voorkomen wachtlijsten), financiële beheersbaarheid, samenwerking, governance en transformatie.
- b. Geselecteerde hoofdaanbieder, stroomt door naar de gunningsfase. De thema's die genoemd zijn in de selectiefase worden samen met hoofdaanbieder in dialoogsessies geconcretiseerd en vertaald naar meetbare prestatie indicatoren. Ook dient dan te worden beschreven hoe en welke instrumenten in worden gezet om zowel kwantitatief als kwalitatieve informatie te verzamelen. Het is dus van belang dat partijen goede kennis hebben van het regionale zorglandschap en de samenwerkingsstructuur binnen de regio. De hoofdaanbieder dient dan een 'best and final offer' (definitieve inschrijving) in.

5 Inkoop Wonen (segment 2)

5.1 Beschrijving

Segment 2 heeft betrekking op woonvoorzieningen voor jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen. Wanneer de thuissituatie geen passende of veilige woonomgeving voor de jeugdige vormt, moet er een alternatieve woonvorm gevonden worden. Hierbij kan gedacht worden aan pleegzorg, gezinsgerichte woonvormen, woongroepen of zelfstandigheid bevorderende woonvormen zoals kamertraining en fasehuizen. Wonen is een vorm van verblijf (zie segment 1), maar de specialistische zorg in segment 1 duurt relatief kort en is gericht op behandeling, bij wonen staat een veilig en passend verblijf centraal en is vaak langdurig. Dit is een fundamenteel verschil in de benaderingswijze, die de noodzaak voor de differentiatie in de inkoop benadrukt.

5.2 Marktanalyse & ontwikkelingspotentieel

Wij hebben in maart tot en met oktober 2020 een marktanalyse uitgevoerd onder leiding van het adviesbureau EHdK. Uit deze marktanalyse blijkt dat de grootste vijf aanbieders verantwoordelijk zijn voor bijna 90% van de omzet in dit segment. In het woonsegment gaat het om ongeveer 750 jeugdigen op jaarbasis en 10% - 12% van de totale kosten. De verwijzingen komen nagenoeg allemaal vanuit de GI of de gemeentelijke toegang. Segment 2 heeft een strategische relatie met segment 1, omdat passend aanbod in segment 2 bepaalt of er goede doorstroom mogelijk is voor jeugdigen die verblijven in een residentiële of gesloten setting. Uitgangspunten zijn dat tijdige doorstroom en duurzame uitstroom moet plaatsvinden en uithuisplaatsing zoveel mogelijk worden voorkomen. Als thuis wonen niet mogelijk is, dan moet het wonen in een flexibele en kleinschalige setting mogelijk zijn, waarbij een thuissituatie zoveel als mogelijk wordt nagebootst en er permanente aandacht is voor een mogelijk terugkeer naar huis.

5.3 Opgave

De gewenste ontwikkelingen zijn:

- Het zoveel mogelijk voorkomen dat jeugdigen uit huis worden geplaatst. Toegang ziet erop toe dat er hulp wordt geboden (vrijwillig en gedwongen) om ervoor te zorgen dat jeugdigen zoveel mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Daarom wordt in een vroegtijdig stadium het netwerk en/of systeemgerichte hulp ingezet om dit resultaat te behalen. Hierbij is het ook belangrijk dat wordt gewerkt aan alternatief ambulante aanbod ter voorkoming van uithuisplaatsing (relatie met segment 1), in dit kader wordt in 2021 o.a. pilot uitgevoerd met de JIM-aanpak (Jouw Ingebrachte Mentor).
- Bij woonvormen zoals pleegzorg kunnen jeugdigen zo lang als nodig in een liefdevolle en veilige omgeving wonen, zolang de thuissituatie dat niet toelaat. Op dit moment woont 75% van de jeugdigen in segment 2 in een pleeggezin. Dit aantal dient bij voorkeur verhoogd dan wel gestabiliseerd te worden. Indien nodig met passende aanvullende ondersteuning voor het kind of voor het gezin. En waar mogelijk wordt er ingezet op deeltijdpleegzorg om zoveel mogelijk in contact te blijven met de thuisomgeving, waarmee de kans op duurzame uitstroom c.q. terugkeer wordt vergroot.
- Bij de overige 25% van jeugdigen die in een andere woonvorm dan thuis verblijven, is de ambitie het realiseren van:
 - Meer kleinschalige woonvormen (m.n. gezinshuizen). Jeugdigen blijven nu soms lang hangen op (dure) residentiële behandelplekken.
 - Meer dynamisering/flexibilisering van het woonaanbod. Momenteel zijn de woonvormen voor jeugdigen met een beperking 7 x 24 uur, ook als jeugdige deels nog thuis kan wonen.
 - Passende woonvormen voor jeugdigen met een complexere woonvraag op het terrein van LVB-zorg, opvoedingsvraagstukken en/of GGZ-problematiek (kleinschalig, prikkelarm, zorg vanuit meerdere domeinen). Hierbij gaat het om jongeren die niet passen bij een

gezinsgerichte verblijfsvorm en gebaat zijn bij een vaste verblijfplek. Dergelijk aanbod ontbreekt nu en de ontwikkeling van aanbod in de regio HvB loopt traag. Hierdoor zijn er vaak dure en ineffectieve oplossingen nodig voor jeugdigen.

Deze gewenste innovatie sluit aan bij de regionale koers 'Wonen doe je thuis' en zijn uitgewerkt in een woonplan, waarin de transformatiedoelen voor segment 2 worden opgesteld voor de langere termijn.

5.4 Inrichtingskeuzes

Bekostiging

Bekostiging in segment 2 gaat uitsluitend over de bekostiging van de woonvorm in het geval een jeugdige niet meer thuis kan wonen. We gaan in segment 2 inspanningsgericht (PxQ) bekostigen op basis van dagtarieven per woonvorm.

Toegangsmanagement

De toegang krijgt een coördinerende rol om in een vroegtijdig stadium het netwerk of systeemgerichte hulp in te zetten om uithuisplaatsingen te voorkomen. De toegang zorgt in samenwerking met aanbieders in segment 2 voor passende plaatsing en beschikking. De jeugdige wordt in één keer in de juiste woonvorm geplaatst (matched care). Om dit te bereiken ziet de toegang erop toe dat er zorgvuldige diagnostiek wordt uitgevoerd. Ook speelt de toegang in samenwerking met de aanbieders in segment 2 een belangrijke rol bij het vinden van een woonvorm voor een jeugdige die uitbehandeld is in segment 1. Maar ook bij het aanwijzen van een coördinator of het vervullen van het coördinatorschap wanneer er aanvullend op de woonvorm extra behandeling of begeleiding uit andere segmenten (resp. 1, 3 of 4) wordt ingezet.

Leveranciers- en contractmanagement

Segment 2 vraagt om een strategische samenwerking met een beperkt aantal aanbieders en een focus op innovatieve en diverse woonvormen. Jeugdigen dienen snel geplaatst te worden. Om uitstroom uit het specialistisch segment op te vangen moet de capaciteit flexibel zijn. Met hen worden afspraken gemaakt over:

- De beschikbaarheid, uitbreiding en innovatie op het gebied van de verschillende woonvormen;
- Borgen dat pleegzorg, de meest gezinsgerichte woonvorm, wordt gestimuleerd.
- De inzet van flexibele capaciteit om uitstroom uit het hoog specialistische segment (segment 1) op te vangen;
- De snelheid waarmee een cliënt een passende woonvoorziening kan krijgen.

Een gespecialiseerde accountmanager geeft met aanbieders vorm aan de realisering van de transformatiedoelen inclusief bijstellingen die gedurende het proces nodig zijn. Contractmanagement wordt verder gevoerd op basis van KPI's en monitoring.

Contractvorm en periode

Om de verantwoordelijkheid te kunnen nemen en om de beoogde transformatiedoelen te kunnen bereiken, worden langdurige contracten afgesloten. Om aan deze doelstellingen te voldoen is het belangrijk dat verder de contractduur beantwoordt aan de dynamiek van de markt en de terugverdientijd van de aanbieders. In aansluiting op segment 1 wordt uitgegaan van een langdurig contract voor een periode van 4 jaar en tweemaal een optie van verlenging met twee jaar.

5.5 Sturing en monitoring

Zorgaanbieders zijn verplicht te werken met het landelijke berichtenverkeer van I-sociaal domein. Registratie en verantwoording vindt op cliëntniveau plaats. Op cliëntniveau worden start- en stopberichten gebruikt. We monitoren aan de hand van informatie uit het berichtenverkeer en de spiegelrapporten van CBS. Een accountmanager monitort deze gegevens en stuurt indien nodig bij op kwaliteit en kosten in samenwerking met toegang.

5.6 Tarieven en besparingspotentieel

Wij gaan uit van de bestaande tarieven van 2020 en 2021. Gedurende het aanbestedingsproces - in de gunningsfase- maken wij met de geselecteerde zorgaanbieders afspraken over de daadwerkelijke tarieven, kostenbeheersing en transformatiedoelen. Hierbij gaan wij uit van een aantal besparingen die gelegen zijn in:

- Voorkoming van de uithuisplaatsing en matched care als verblijf noodzakelijk is.
- Blijven sturen op inzet pleegzorg.
- Meer gezinsgerichte woonvormen, waardoor te lang verblijf op dure behandelplekken wordt voorkomen.
- Meer deeltijd verblijf (niet-standaard 7x24 uur).
- Blijvend kijken naar mogelijkheden om terug te keren naar huis.
- Passend aanbod complexe jeugd, waardoor duur (ad-hoc) maatwerk wordt voorkomen

5.7 Inkoopprocedure

5.7.1 (Sub)Percelen

Voor segment 2 wordt regionaal per woonvorm ingekocht. Er is voor dit segment daarom geen nadere opdeling in gebieden gemaakt. Wel is het in dit segment vanwege marktordering nodig om per woonvorm separaat in te kopen. Er zijn geen zorgaanbieders die alle woonvormen aanbieden. Er zijn voorts te weinig zorgaanbieders die meerdere woonvormen aanbieden om tot een dekkend zorglandschap te komen wanneer op aantal zorgaanbieders terug geselecteerd zou worden. Daarom is ervoor gekozen om in dit segment met (sub)percelen te werken. Het betreft de volgende percelen: kleinschalige woonvormen, kamertraining, pleegzorg, gezinshuizen, fasehuis, beschermd wonen (dit perceel loopt via het inkoopspoor Wmo beschermd wonen).

5.7.2 Aanbestedingsprocedure

Wij kiezen voor segment 2 voor de procedure van het Zeeuws Model omdat er voldoende woonplekken beschikbaar moeten zijn. Het Zeeuws model houdt in dat wij elke zorgorganisatie toelaten die tegen vooraf vastgestelde voorwaarden en een vastgesteld tarief diensten wil leveren. Het systeem staat echter voor aanmelding open tot een bepaalde datum. Daarna sluit het systeem en kunnen geen nieuwe aanbieders meer toetreden. Dit model valt niet onder de definitie van “overheidsopdracht” en de Aanbestedingswet is zeer beperkt van toepassing.

6 Dagbegeleiding en respijtzorg (Segment 3)

6.1 Beschrijving

Primair bestond dit segment uit dagbehandeling, dagbegeleiding en dagopvang (respijtzorg en Buitenschoolse opvangplus (BSO+) voor jeugdigen met een opvoed- en opgroevraag of met beperking. Daar waar dagbehandeling primair onderdeel uitmaakte van segment 3 is besloten om, vanwege de complexiteit van de hulpverlening, deze vorm van jeugdhulp in te kopen vanuit segment 1. Voor BSO+ geldt dat deze vorm van hulpverlening voorliggend, dus niet (meer) vanuit de specialistische jeugdhulp, wordt ingekocht. Dat betekent dat enkel nog dagbegeleiding en respijtzorg onderdeel uitmaken van segment 3.

Bij dagbegeleiding wordt in groepsverband (niet in een een-op-een setting) aan individuele doelen gewerkt gericht op het stimuleren en aanleren van zelfstandigheid, zelfredzaamheid en van praktische en sociale vaardigheden wat bijdraagt aan deelname aan het maatschappelijk verkeer. Ook het oefenen, behouden, toepassen van aangeleerde vaardigheden en het aanleren van een dagstructuur en -ritme maken hier onderdeel van uit. Dagbegeleiding wordt ingezet als de reguliere manier van daginvulling niet of maar deels mogelijk/passend is vanwege kind gebonden problematiek. Dat kan zijn ter vervanging van school of werk, of na-/buitenschools. Mede daardoor en door de sociale interactie als belangrijke element, wordt gekozen voor de inzet van dagbegeleiding. Ook ontlasting van het gezin kan, weliswaar in beperkte mate, onderdeel uitmaken van dagbegeleiding (dit is echter nooit het hoofddoel). Daarvoor is het sociale netwerk en BSO+ bedoeld. Als dat geen/onvoldoende oplossing biedt dan kan respijtzorg (aanvullend) worden ingezet. Respijtzorg heeft als functie het gezin te ontlasten wanneer er is sprake van (een structurele of toenemende dreiging op) overbelasting van de ouders/ verzorgers en/of het gezin.

Onder BSO+ en onder respijtzorg wordt het volgende verstaan:

- BSO+ wordt ingezet als (de reguliere setting van een) kinderopvang niet passend is vanwege kindgebonden problemen en als het sociaal netwerk niet/beperkt de mogelijkheid heeft om de jeugdige op te vangen. Bij het regulier onderwijs is de school verantwoordelijk voor het organiseren van buitenschoolse kinderopvang. Bij het speciaal onderwijs is de verantwoordelijkheid voor het organiseren van passende opvang niet belegd. De gemeente heeft vanuit de jeugdwet geen verantwoordelijkheid voor de inkoop/financiering van BSO+. Toch zijn in de afgelopen jaren opvangvragen voor kinderen die niet naar een reguliere BSO konden via de specialistische hulp (middels dagbegeleiding) opgepakt. Door in de nieuwe inkoop BSO+ te positioneren in het voorliggend veld, wordt BSO+ niet langer ingezet als en bekostigd in de vorm van specialistische jeugdhulp. Hierdoor kan er een passendere lagere financiering worden afgesproken, komt de omvang van de doelgroep helder in beeld, kan eventueel een bijdrage van ouders worden gevraagd, zoals ook aan de orde is bij de reguliere BSO en komen jeugdigen niet onnodig in de specialistische jeugdhulp terecht (normalisatie). Als op termijn de wettelijke verantwoordelijkheid van BSO+ bij het speciaal onderwijs wordt neergelegd, is daarop al voorgesorteerd en kan de overgang makkelijker plaatsvinden.
- Respijtzorg wordt ingezet als er sprake is van (een structurele of toenemende dreiging op) overbelasting van de ouders/verzorgers en/of het gezin. Ouders maken al gebruik van voorliggende mogelijkheden, zoals het eigen netwerk en BSO+. Als dat niet voldoende is, dan kan respijtzorg aanvullend en kortdurend worden ingezet. Gedurende de respijtzorg wordt de zorg van ouders/verzorgers overgenomen, zodat zij op adem kunnen komen. Respijtzorg wordt aangeboden in groepsverband en op een locatie van de aanbieder. Het vindt naschools en/of in het weekend plaats. Deze vorm van jeugdhulp staat in principe nooit op zichzelf. Daarbij wordt voor zover mogelijk tussentijds gewerkt aan het stabiel houden van de thuissituatie en/of het creëren van een stabiele toekomstige thuissituatie.

Daarbij wordt gekeken naar een nieuwe, structurele oplossing om de ouders/verzorgers te verlichten om zo hun draagkracht te vergroten.

Let op: we constateren dat BSO+ in diverse opzichten verband houdt met dagbegeleiding en met respijtzorg. In segment 3 streven we naar een helder onderscheid in vormen van hulpverlening en in de afbakening met voorliggende voorziening/mogelijkheden. Het is daarom van belang dat BSO+ gelijktijdig, of zelfs eerder, met/dan segment 3 wordt ingekocht, zodat in de inkoopdocumenten van segment 3 verwezen kan worden naar BSO+ als voorliggende voorziening.

6.2 Marktanalyse en ontwikkelingspotentieel

Het gaat in segment 3 in de toekomst om ongeveer 275 jeugdigen op jaarbasis en 1% van de totale kosten. De gemeentelijke toegang is verreweg de grootste verwijzer voor dagbegeleiding en respijtzorg. Het aantal jeugdigen dat deze vormen van hulp krijgt is groter, maar met de segmentering wordt een deel van de jeugdigen die dagbegeleiding en respijtzorg ontvangen verschoven naar segment 1 omdat er dan ook sprake is van zware (complexe) problematiek.

De dagbegeleiding betreft deels schoolvervangende hulp. Bij de schoolvervangende dagbegeleiding speelt het (volledig) terugkeren naar (passend) onderwijs een essentiële rol. Om deze reden dient er sprake te zijn van een verbinding met het onderwijs om samen het hulpaanbod te verbeteren. Op dit moment leggen wij al verbindingen met het regionale project Thuis op School, waarbij samen met het onderwijs de wederzijdse verantwoordelijkheden worden beschreven en de samenwerking geïntensiveerd.

6.3 Opgave

De doelgroepen die dagbehandeling -en begeleiding nodig hebben zijn divers van aard. Ook zorginhoudelijk en qua kosten verschillen deze vormen van hulp van elkaar. Voor toegangen blijkt het soms lastig om het onderscheid te bepalen en om de meest passende vorm toe te wijzen. Om die reden dienen dagbehandeling en dagbegeleiding goed te worden gedefinieerd, zodat de verschillende toegangen gerichter kunnen doorverwijzen. Dat dagbehandeling wordt ingekocht vanuit segment 1 doet daar niets aan af. Ook merken we dat het onderscheid tussen BSO+, dagbegeleiding en respijtzorg niet altijd helder is. Zo zien we dat jeugdigen met een BSO+ behoefte in de dagbegeleiding en/of in respijtzorg terecht komen. Ook daarvoor geldt dat voor de toegang ook helder wordt beschreven wat onder de BSO+ enerzijds en onder dagbegeleiding en respijtzorg anderzijds wordt verstaan, zodat voor de toegang en voor aanbieders helder is waarin deze vormen van hulp zich van elkaar verschillen en het juiste wordt toegewezen. Op inhoud willen we sturen op verbeteringen van de looptijd van toewijzingen en op het daadwerkelijk opstellen en behalen van resultaten. Momenteel vinden er pilots en ontwikkelprojecten met het speciaal onderwijs die in segment 3 en 4 plaatsvinden. Deze worden in de startfase door subsidiering gefinancierd. Afhankelijk van het succes van de pilots worden deze doorontwikkeld.

6.4 Inrichtingskeuzes

6.4.1 Bekostiging

Bij segment 3 is gekozen voor inzicht in de volumes. Daarom wordt gekozen voor een inspanningsgerichte bekostiging (PxQ). Inhoudelijk en financieel past dit omdat er een beter beeld verkregen kan worden van wat wordt geleverd qua volume en kosten en differentiatie mogelijk is tussen verschillende vormen van hulp. Hiermee kan worden gestuurd op overproductie en op het tijdelijke karakter van dagbegeleiding en van respijtzorg.

6.4.2 Toegangsmanagement

De toewijzing tot zorg verloopt via een beschikking. De Toegang zorgt voor passende plaatsing en beschikking. Echter op dit moment is het gecontracteerde aanbod, met name het verschil in de wijze waarop aanbieders dagbegeleiding aanbieden, niet voldoende overzichtelijk voor de toegang. Daarom wordt per doelgroep het passende aanbod in kaart gebracht.

6.4.3 Leveranciers- en contractmanagement

Contractmanagement wordt gevoerd op basis van KPI's en monitoring, met een strakke sturing op de uitvoering.

6.4.4 Contract

Per perceel wordt met iedere aanbieder die voldoet aan de gestelde eisen een raamovereenkomst gesloten voor een periode van twee jaren, met daarbij de mogelijkheid om de overeenkomst nog twee keer met één jaar te verlengen.

6.5 Sturing en monitoring

Zorgaanbieders zijn verplicht te werken met het landelijke berichtenverkeer van I-sociaal domein. Registratie en verantwoording vindt op cliëntniveau plaats. Op cliëntniveau worden start- en stopberichten gebruikt. Daarom wordt er gebruikt gemaakt van informatie uit bestaande gegevensstromen. Hierover worden in het contract duidelijke afspraken gemaakt. De informatie die uit het berichtenverkeer geeft een goed beeld van het gebruik van de jeugdhulp en een goede indicatie van de kwaliteit (bv doorstroom, instroom en uitstroom, maar ook doorverwijzingen).

De zorgaanbieders zijn via de Jeugdwet verplicht bepaalde informatie over de jeugdhulp aan te leveren bij het CBS. Dit gebeurt in de vorm van een Informatieprotocol beleidsinformatie jeugd. Zodra een zorgaanbieder gegevens aanlevert aan CBS over de geleverde jeugdhulp, krijgt hij van het CBS een spiegelrapport terug. Door deze spiegelrapporten aan de accountmanager te verstrekken, krijgen wij naast het jeugdhulpgebruik nog meer inzicht in de resultaten van de ingezette jeugdhulp. Er wordt gedacht aan tevredenheid van jeugdigen over het nut van de jeugdhulp en de mate waarin zij daarna zonder hulp verder kunnen. Door zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande informatie worden de jeugdhulpaanbieders niet onnodig belast. Een accountmanager monitort deze gegevens en stuurt indien nodig bij op kwaliteit en kosten. Daarnaast worden er KPI's opgesteld waarop gestuurd kan worden en acteren de contractmanager zodra zij signalen over gecontracteerde jeugdhulpaanbieders en/of over een professional ontvangen.

6.6 Tarieven en besparingspotentieel

Wij gaan uit van de bestaande tarieven van 2020 en 2021 en hebben een bureau opdracht gegeven tarieven vast te stellen. Hierbij gaan wij uit van een aantal besparingen die gelegen zijn in:

- Passende tarieven en heldere definities/afbakening verschillende dagbehandeling/dagbegeleiding;
- Dagbegeleiding wordt tijdelijk en resultaatgericht ingezet⁹;
- Gemiddeld hoge uurtarieven op groepsbegeleiding in de huidige arrangementensystematiek leidt tot een besparing als concrete/specifieke tarieven voor dagbegeleiding worden vastgesteld;
- Normaliseren van begeleiding naar BSO+ (tegen reële bekostiging) en eigen bijdrage van ouders;
- Bij de Toegang wordt aangestuurd op inzet van respijt i.g.v. ontlasting van het gezin (dus niet om andere redenen zoals bijv. opvangbehoefte);

⁹ Hetgeen niet altijd per definitie tot besparing leidt, maar mogelijk ook tot een intensievere inzet

- Inzet van respijt wordt tijdelijk/ kortdurend ingezet, in combinatie met het werken aan verbetering draagkracht gezin;
- Inzet van respijt, in combinatie met logeren, alleen indien noodzakelijk.

6.7 Inkoopprocedure

6.7.1 (Sub)Percelen

Voor dit segment wordt voor de gehele regio dagbegeleiding en respijtzorg in gezamenlijkheid ingekocht. Datzelfde geldt voor BSO+ en voor dagbehandeling. Deze vormen van hulp worden echter buiten segment 3 ingekocht, namelijk BSO+ als voorliggende voorziening (buiten de specialistische jeugdhulp) en dagbehandeling wordt in segment 1 ingekocht. Met inkoop wordt onderzocht of dagbegeleiding en respijtzorg in afzonderlijke percelen of als één perceel kunnen worden ingekocht.

6.7.2 Aanbestedingsproces

Wij kiezen ook voor dit segment voor de procedure van het Zeeuws Model omdat er voldoende woonplekken beschikbaar moeten zijn. Er is geen overschot aan aanbieders op dagbegeleiding en respijtzorg in regio HvB aanwezig, waardoor de kans op het contracteren van te veel jeugdhulpaanbieders onwaarschijnlijk is. Om inschrijvingen van onvoorziene/(nog) niet bekende nieuwe aanbieders te beperken, wordt als voorwaarde gesteld dat de aanbieder een locatie heeft in regio HvB of binnen een nader te bepalen straal buiten regio HvB (of buiten bepaalde randgemeenten). Ook wordt de referentie-eis gesteld.

7 Specialistisch, veel voorkomend (Segment 4)

7.1 Beschrijving

De doelgroep die aanspraak kan maken op de zorg binnen segment 4 heeft betrekking op veel voorkomende/ specialistische zorg voor jeugdigen (0-18 jaar) en diens ouders met een individuele hulpvraag voor behandeling of begeleiding en die niet valt onder het voorliggend veld.

Het gaat hierbij om ambulante en/of poliklinische hulp. Het kan hierbij gaan om:

- Verbeteren en/of oplossen problematische opvoedingssituaties;
- Behandelen van GGZ-vragen. Bij deze kinderen en jongeren is er sprake van (een vermoeden van) ontwikkelingsproblemen, psychische en/of psychiatrische problemen, al dan niet gepaard gaande met systeemproblemen;
- Enkelvoudige hulpvragen met betrekking tot ondersteuning/begeleiding voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.

Het uitgangspunt is dat we werken in de gewone, dagelijkse omgeving van jeugdigen. Dichtbij en herkenbaar, met aandacht voor de context van de jeugdige.

7.2 Marktanalyse en ontwikkelingspotentieel

In segment 4 gaat het om ongeveer 10.000 jeugdigen en 40% van de kosten. Binnen dit aantal jeugdigen is ook de zorg ADHD+ en EED (Ernstige, Enkelvoudige Dyslexie) meegenomen.

De toegang is nu veel tijd kwijt aan gesprekken met de (130) aanbieders over het profiel en de intensiteit van de jeugdige. Door het grote aantal aanbieders is de sturing op kwaliteit en doorlooptijden complex en tijdrovend voor zowel toegangsteams als contractmanagement. Aanbieders geven aan dat ook voor hen het grote aantal aanbieders tot gebrek aan overzicht leidt en de wens tot integrale samenwerking bemoeilijkt.

In alle segmenten speelt normalisering (uitgaan van eigen kracht, versterking zelfredzaamheid, aansluiting op de leefwereld, combinatie met lichte en informele ondersteuning, afschalen naar lichtere vormen van jeugdhulp/algemene voorziening/informele ondersteuning) een belangrijke rol. Dit geldt zeker voor segment 4, waar de 'lichtere' hulp, die (ook) onderdeel is van dit segment, ook voorliggend kan worden gegeven.

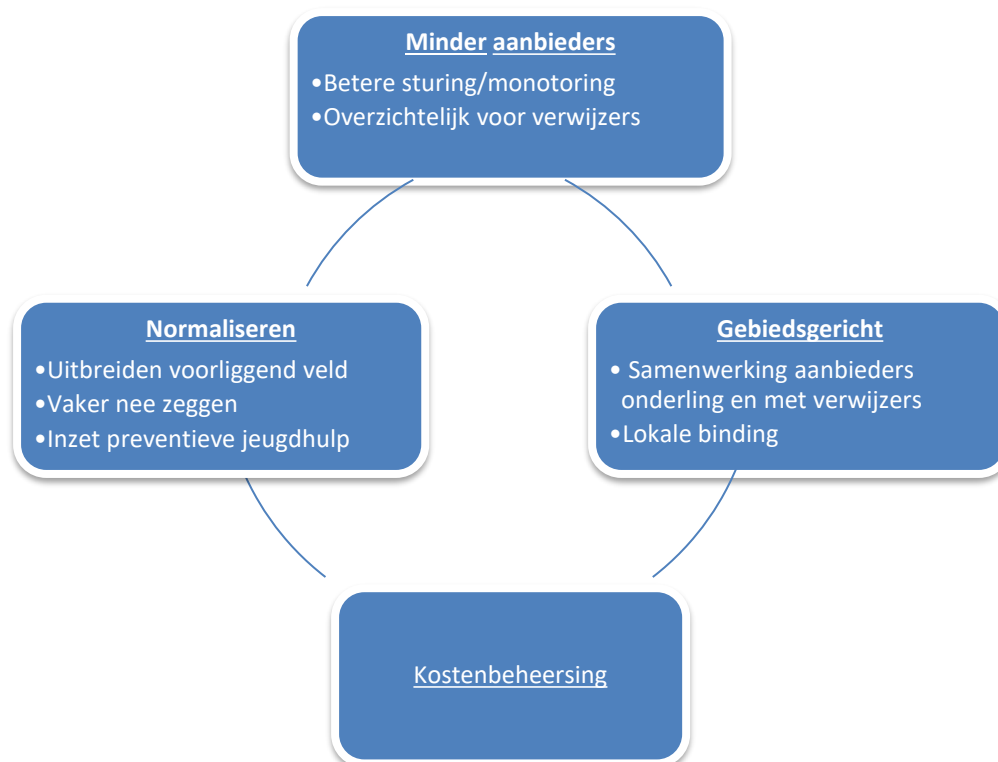
Het streven is zoveel mogelijk te normaliseren en jeugdhulp lokaal in te zetten, dicht bij de omgeving van de jeugdige. Normaliseren zetten we in vanuit de transformatiedoelen normalisering, de-medicalisering, het gaat er om het gewone leven centraal te stellen.

7.3 Opgave

De opgave voor segment is als volgt:

- Het onderscheid tussen begeleiding en behandeling moet beter in beeld worden gebracht, zodat er goed zicht is voor verwijzers op de verschillende zorgsoorten;
- Het onderscheid tussen voorliggende zorg en specialistische hulp moet nadrukkelijker in beeld worden gebracht vanuit het gedachtegoed van normaliseren. Heldere kaders waarin staat opgenomen wat wel als specialistische hulp wordt gezien, moeten hiervoor ingericht worden;

- Beperking van het aantal aanbieders voor inzichtelijkheid verwijzers, opdat aanbieders elkaar beter weten te vinden en eenvoudigere monitoringsmogelijkheden voor accountmanagers. Het doel is een overzichtelijk aantal aanbieders met daarbij wel de borging van voldoende lokale dekking. De uitwerking van het thema keuzevrijheid is belangrijk in dit kader.



Op termijn willen we in dit segment ook toe naar 1 of enkele samenwerkingsverbanden per gebied.

7.4 Inrichtingskeuzes

7.4.1 Toegangsmanagement

Wat doet zorgaanbieders en wat doet toegang

We werken toe naar een gebiedsgerichte inkoop, waarbij wij de regio, voor zowel de jeugdhulp segment 4 als Wmo-begeleiding, in vier gebieden indelen. Op deze wijze kan de inkoop meer plaatsvinden naar de behoeften van de desbetreffende subregio en kan de aandacht meer gelegd worden op de verbinding met de sociale basis/voorveld, zoals huisartsen en diverse maatschappelijke organisaties.

Segment 4 is een individuele voorziening o.b.v. beschikking. Het huidige toewijzingsproces zal niet veranderen. De (lokale) toegang, het medisch domein en de GI bepalen de inhoud en omvang van de zorg. De lokale gemeente verzorgt de beschikking op basis waarvan ook het berichtenverkeer, inclusief het declaratieproces, in gang gezet kan worden.

Verwijzingen verlopen nu ook voor een aanzienlijk deel (ongeveer 50%) via huisartsen. Een vraag was of de kennis van de POH-ers GGZ Jeugd ook uitgebreid kon worden met de onderwerpen LVB en Jeugd- en Opvoedhulp. Uit diverse gesprekken blijkt dat dit nu nog te vroeg is. Nog niet

alle huisartsen hebben een POH, de focus ligt hierdoor in de komende tijd op uitbreiding van het aantal POH-ers en het aandachtsgebied GGZ.

In 2021 wordt gestart met het steekproefsgewijs toetsen van aanvragen van aanbieders in geval van verwijzing door het medisch domein (Toets Medisch Domein). Het doel van deze toets is om meer grip te krijgen op het aantal verwijzingen en de hoogte van de arrangementen binnen segment 4. Dit is een vorm van toetsing achteraf, we zijn ook in gesprek met huisartsen voor betere sturing op de aard en aantal verwijzingen vooraf.

7.4.2 Leveranciers- en contractmanagement

Insteek is kiezen voor een goede mix van grote en kleine aanbieders die aansluiten bij de lokale behoeften. Daarmee wordt de grip en overzicht sterker op het zorglandschap en kunnen we meer in gezamenlijkheid met en tussen aanbieders de gesprekken voeren en sturen op transformatie en innovatie.

In de periode 2017-2020 blijken 130 gecontracteerde aanbieders ingezet te zijn in dit segment voor jeugdhulp binnen HvB, met daarnaast nog zo'n 80 aanbieders die voor enkele losse trajecten zijn ingezet (via de route NGZ), omdat het beschikbare aanbod niet passend was of onvoldoende capaciteit kon bieden.

Vanwege het doel voor lokale dekking, werken we toe naar een gebiedsgerichte inkoop, waarbij HvB voor zowel de jeugdhulp bij segment 4 als bij Wmo-begeleiding in vier percelen wordt ingedeeld. Op deze wijze kan de inkoop meer plaatsvinden naar de behoeften van de desbetreffende subregio en kan beter “gefocust” worden op de verbinding met de sociale basis/voorliggend veld, zoals huisartsen en diverse maatschappelijke organisaties.

We stellen de volgende percelen voor:

1. Tilburg;
2. Alphen-Chaam, Baarle-Nassau, Gilze-Rijen en Dongen;
3. Goirle, Hilvarenbeek, Oisterwijk;
4. Heusden, Waalwijk, Loon op Zand.

In de inkoopdocumenten is de hulpvraag per aandachtsgebied (GGZ, LVB, Jeugd- en Opvoedhulp en vaktherapie) uitgewerkt. Op basis van het volume per gebied, in combinatie met de uitvraag van de lokale toegangsteams en huisartsen over het gewenste aantal aanbieders, wordt een gewenst aantal aanbieders bepaald.

We verwachten van gebiedsgerichte inkoop dat aanbieders meer binding ontwikkelen met belangrijke partners, zoals onderwijs, huisartsen en de toegang in het betreffende gebied. Hierdoor ontstaat makkelijker een netwerk van verwijzers en zorgverleners, die intensief samenwerken rond het gezin.

Voor wat betreft EED-zorg, ADHD+ (ADHD-hulp via de ziekenhuizen) stellen we voor deze niet per subgebied te contracteren maar voor de hele regio HvB. Voor al deze soorten zorg geldt dat er niet veel aanbieders zijn, dat de zorg duidelijk geprotocolleerd is en het geen voordelen biedt om deze per subregio aan te besteden.

Als toekomstperspectief voor segment 4 zien we een samenwerkingsverband op het gebied van jeugdhulp per gebied. Het maakt de samenwerking en sturing aanmerkelijk eenvoudiger. Op basis van de resultaten de komende bepalen we de omvang van het aantal samenwerkingsverbanden en de gewenste inhoud van de hulpverlening. Dit laatste in samenhang met de inrichting van het voorliggend veld in betreffend gebied.

7.4.3 *Bekostiging*

Inzet op normaliseren en kostenreductie en gebiedsgericht (op termijn taakgerichte bekostiging als kosten, inhoud en volumes inzichtelijk zijn)

In lijn met het onderzoeksrapport van AEF (Stelsel in groei, december 2020) adviseren we om tariefdifferentiatie toe te passen binnen segmenten waarbij rekening wordt gehouden met de omvang van jeugdhulpinstellingen en de kwaliteit die zij kunnen leveren binnen een segment van aanbod. Onderzoek naar wijze van uitwerking loopt momenteel. Dit komt op termijn bij inkoopdocumenten terug.

Ten aanzien van de bekostiging kiezen we voor inspanningsgerichte financiering (PxQ). Zo krijgen we de komende periode goed inzicht in de verwachte hulpvraag. Daarnaast is elke gebied bezig met aanpassing van het voorliggend veld en normalisering. Met PxQ-bekostiging leidt de afname/verschuiving van de hulpvraag naar voorliggend domein automatisch tot lagere kosten van de specialistische hulpverlening.

7.4.4 *Contract*

In tegenstelling tot de andere segmenten wordt een raamovereenkomst gesloten voor een periode van anderhalf jaar, met een optie van twee keer een verlenging met een jaar. Wij kiezen hiervoor vanuit de beoogde doorontwikkeling voor dit segment. Streven is een nieuwe vorm van taakgerichte contractering per 1 januari 2024.

Voor de zorgproducten ADHD+ en EED zullen aparte contracten en aparte aanbestedings-trajecten lopen.

7.5 **Sturing en monitoring**

Er zijn vier soorten van monitoringsinstrumenten:

1. Instroom, doorstroom en uitstroomgegevens: te betrekken uit het berichtenverkeer;
2. Outcome-indicatoren CBS: clienttevredenheid, doelrealisatie en recidive;
3. KPI's voor dit segment;
4. Soft controls: signalen toegang, cliënten, scholen en verwijzers, accountgesprekken en eventuele enquêtes en onderzoeken.

7.6 **Tarieven en besparingspotentieel**

Wij gaan uit van de bestaande tarieven van 2020 en 2021 en hebben een bureau opdracht gegeven tarieven vast te stellen. Hierbij gaan wij uit van een aantal besparingen die gelegen zijn in:

De verwachte besparingen zijn gelegen in:

- Normaliseren, duidelijk richtlijnen toegang, verschuiving naar voorliggend veld;

- Helder onderscheid behandeling en begeleiding in tariefstelling of een andere duidelijke indeling of passende p x q tarieven;
- Door minder aanbieders betere sturing mogelijk.

7.7 Inkoopprocedure

7.7.1 (Sub)Percelen

Voor dit segment wordt voor de gehele regio in gezamenlijkheid integraal ingekocht. Aanbieders wordt wel gevraagd om de dienstverlening per voorkeursgebied te organiseren en te werken.

7.7.2 Aanbestedingsproces

De aanbestedingsprocedure waarvoor wordt gekozen is het verlichte regime voor Sociale en Andere Specifieke diensten. De SAS-procedure is verregaand vormvrij waardoor het mogelijk is om tussen de selectiefase en gunning in gesprek te gaan met de geselecteerde partijen om nadere invulling te geven aan de opdracht, bekostiging en het contract.

8 Crisishulp (Segment 5)

8.1 Beschrijving

Segment 5 gaat over crisisopvang. De crisisopvang voor de jeugd van regio Hart van Brabant geeft antwoord op spoedeisende situaties waarin professionals en inwoners snelle en adequate adviezen nodig hebben over crisiszaken rond jeugdigen en of hun ouders. Het is gericht op het realiseren van een goede zorginfrastructuur voor cliënten met een urgente en/of crisissituatie. Er is sprake van crisis bij een plotselinge, ernstige ontregeling (in de fysieke, sociale en psychische gesteldheid van de cliënt of van de omgeving) met als gevolg het ontstaan van een acuut onhoudbare situatie in het thuismilieu of de woonsituatie van de cliënt.

8.2 Marktanalyse en ontwikkelingspotentieel

Binnen de regio gaat het om ongeveer 150 á 200 jeugdigen per jaar. Het type aanbod dat dan wordt ingezet is:

- Ambulante spoedhulp jeugd 0-18 jaar.
- Pleegzorg crisis.
- Verblijf crisis.

Met drie op dit moment gecontracteerde aanbieders loopt een doorontwikkeltraject voor integrale crisiszorg. De regio wil toe naar 1 samenwerkingsverband van de 3 te onderscheiden disciplines, LVB, GGZ en J&O. Dit om snelle en integrale inzet te kunnen garanderen. Inmiddels is de stuurgroep doorontwikkeling crisiszorg tot de conclusie gekomen dat de vorming van één gezamenlijk crisisteam: bestaande uit een verblijfscomponent én ambulante hulp, de beste optie is om bestaande knelpunten op te lossen. Daarbij is het voornemen om één verblijfsgroep te vormen samen met West-Brabant-Oost. Dit laatste om betere bezetting en opvang bij een piek in de vraag te kunnen garanderen.

8.3 Opgave

Crisiszorg moet zo snel mogelijk beschikbaar zijn. Voor alle jeugdigen en hun ouders die crisishulp nodig hebben is deze beschikbaar. Het motto van de crisiszorg is dat zoveel mogelijk wordt ingezet op ambulante hulp. Crisishulp is per definitie kortdurend, dat wil zeggen maximaal vier weken tenzij gemotiveerd hiervan afgeweken moet worden. De opgave is gericht op integrale aanpak van de crisis en zo'n spoedig mogelijk terugkeer naar huis. Als dit niet mogelijk is moet er zo snel mogelijk een geschikte vervolgplek gezocht worden.

8.4 Inrichtingskeuzes

8.4.1 *Bekostiging*

Op dit moment wordt nog inspanningsgericht (PxQ) bekostigd, maar we willen de omslag maken naar taakgericht werken, omdat het een beschikbaarheidsfunctie betreft. Bij het nieuwe contract stellen we een lumpsumbedrag voor.

8.4.2 *Toegangsmanagement*

De toegang wordt gevormd door het Crisis Interventie Team (CIT), een speciaal toegangsteam voor crisisplaatsingen, waar ook aanbieders rechtstreeks een rol in hebben. Voor crisiszorg in het gedwongen kader verwijst het SEZ (Spoedeisende Zorg team) van Jeugdbescherming Brabant door. 24 uur per dag kunnen professionals, ouder(s) en jeugdigen een beroep doen op deze dienst in aan opvoedingsgerelateerde crisissituaties die vragen om direct ingrijpen.

Het veiligstellen van de jeugdige vindt plaats door de interventie van ambulante crisishulp ter plaatse en in veel gevallen door inzet van direct beschikbare vervolghulp. De opdracht van de crisisopvang omvat de bereikbaarheid (de 112-functie) en de beschikbaarheid (de ambulancefunctie) van spoedeisende zorg. De gemeentelijke toegang kan contact opnemen met het CIT voor een inwoner in een crisissituatie en stemt met aanbieders van crisiszorg de voortgang in crisissituaties af.

De inzet van passende en tijdige vervolgzorg bij beëindiging van de crisishulp is essentieel om verlenging van de crisishulp te voorkomen. Dit kan extra inzet en vooral sneller schakelen van de GI's en de Toegang vergen. Door een zo kort mogelijke duur en optimale coördinatie kan optimaal gebruik gemaakt worden van de ingekochte crisis hulp en wordt de beschikbare capaciteit het beste benut.

8.4.3 Leveranciers- en contractmanagement

Een belangrijk onderdeel van het leveranciersmanagement bestaat uit het volgen en aansturen van de zorgaanbieders. Hierbij is het van groot belang dat er actuele data beschikbaar is.

Daarnaast ligt de focus van leveranciersmanagement op het, samen met de aanbieders doorontwikkelen van de crisishulp en samenhang met de andere segmenten.

Contractmanagement wordt gevoerd op basis van KPI's en monitoring, met een gespecialiseerde accountmanager op dit segment en strakke sturing op uitvoering contract.

8.4.4 Contract

Het contract wordt voor 4 jaar afgesloten met opties tot verlenging van twee maal twee jaar.

In het contract wordt een herzieningsclausule opgenomen. Met deze clausule kunnen niet wezenlijke wijzigingen worden aangebracht in het contract.

8.5 Sturing en monitoring

Sturing en monitoring dient plaats te vinden door;

- Gegevens uit het berichtenverkeer: instroom, uitstroom en doorstroom
- Rapportages van de aanbieder en CIT over tijd tussen aanmelding en plaatsing en de uitstroom naar volgende zorg.

8.6 Budget en besparingspotentieel

De verwachte besparingen zijn gelegen in:

- Segmentering en het maken van betere afspraken met de aanbieders in segment 1 en 2, waardoor het aantal crisisplaatsingen (deels) kan afnemen.
- Het terugdringen van te lange wachttijden in de segmenten 1 en 2, hetgeen tot crises leidt, samen met de aanpak van huidige knelpunten rondom doorstroming.
- Behalen van efficiencyvoordelen, door de integrale aanpak
- Meer inzet van ambulante crisishulp in plaats van crisisverblijf

8.7 Inkoopprocedure

8.7.1 (Sub)Percelen

Voor dit segment wordt voor de gehele regio in gezamenlijkheid integraal ingekocht. Aangezien de aanbieders in dit segment voor de hele regio integraal werken en de toegang daarop wordt ingericht, is het vanuit de inhoud ongewenst om voor dit segment met (sub)percelen te werken.

8.7.2 Aanbestedingsproces

De aanbestedingsprocedure waarvoor wordt gekozen is het verlichte regime voor Sociale en Andere Specifieke diensten. De SAS-procedure is verregaand vormvrij waardoor het mogelijk is

om tussen de selectiefase en gunning in gesprek te gaan met de geselecteerde partijen om nadere invulling te geven aan de opdracht, bekostiging en het contract.

9 Samenhang en onderscheid segmenten

9.1.1 Samenhang tussen segmenten

Segmenteren maakt zaken overzichtelijk en zorgt voor een pragmatisch onderscheid waarop strategie, doelstellingen en aanpak passend gemaakt kunnen worden. Heldere aansluiting van de segmenten voorkomt dat zorgaanbieders enkel zorg leveren aan cliënten waarmee ze resultaat kunnen halen ('cherry picking'). Van belang is dat jeugdigen en hun verzorgers de juiste zorg krijgen en niet tussen wal en schip geraken. Daarom moet de sturing op zorgtoewijziging, zorgverlening en monitoring & verantwoording bij de diverse segmenten duidelijk in samenhang plaatsvinden.

De verschillende bekostigingsmodellen vragen om een andere wijze van sturing. Bij segment 1 is er sprake van een regisserende en coördinerende sturingsrol van de toegang terwijl bij de andere segmenten een meer uitvoerende sturingsrol van toepassing is. De samenhang wordt bewaakt door afspraken te maken over een bepaalde mate van uniformering van zorgtoewijziging, zorgverlening en monitoring & verantwoording.

9.1.2 Onderscheid c.q. overlap segmenten 1, 2, 3 en 4

Om het onderscheid tussen de segmenten goed te kunnen maken worden er beslisbomen gehanteerd. Segment 1 betreft cliënten met zware en (zeer) complexe hulpvragen waarvoor intensieve en vaak langdurige behandeltrajecten nodig zijn, zoals intramurale behandeling, intensieve ambulante (systeem)behandeling en meervoudige, gelijktijdige inzet van (hoog) specialistische jeugdhulp. Als de zorgvraag van cliënten wordt beantwoord met de inzet van enkelvoudige inzet van specialistische ambulante jeugdhulp betreft het segment 4, omdat er geen intersectorale en of inzet van meerdere aanbieders gelijktijdig nodig is.

Als een opname/intramurale setting voor de behandeling noodzakelijk is of als het component 'crisis' bij een cliënt hoog wordt ingeschat, betreft het altijd segment 1.

Als zorg het beste groepsgewijs kan plaatsvinden gedurende een dagdeel of dag betreft het segment 3. Soms is dit ook ter tijdelijke vervanging van onderwijs.

Als gekozen wordt voor individuele begeleiding of behandeling dan betreft het segment 4.

Segment 2 overlapt met segment 4 want een jeugdige heeft soms behandeling-/begeleidingstraject nodig.

Voorgaande betreft een eerste duiding van het onderscheid tussen segment 1, 2, 3 en 4, maar krijgt nog nadere uitwerking in de inkoopdocumenten.