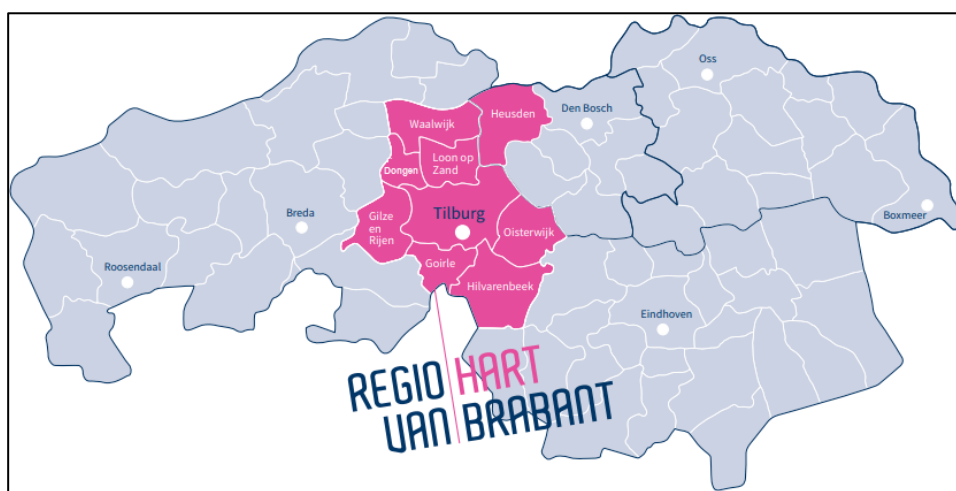


Concept inkoopstrategie Wmo Begeleiding Regio Hart van Brabant



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

Werkgroep Begeleiding &
Programmateam Regionale Inkoop 3D
versie 3 augustus 2021

1 Inhoudsopgave

1	Inhoudsopgave	2
2	Inleiding	3
2.1	Beleidskader sociaal domein en visie	4
2.2	Uitgangspunten inkoop	4
2.3	Inkoopdoelstellingen op basis van wensen en bedenkingen raden	4
2.4	Sturingsinstrumenten	5
2.5	Zorgfraude	6
2.6	Betrokkenheid zorgaanbieders	7
2.7	Betrokkenheid (Regionale) adviesraden	7
3	Context Wmo begeleiding	8
3.1	Huidige situatie	8
3.2	Visie op Wmo Begeleiding	9
3.3	Reikwijdte van de inkoop	9
3.4	Besparingspotentieel	10
4	Inkoopstrategie Wmo begeleiding	12
4.1	Beschrijving Wmo begeleiding	12
4.2	Gebiedsgericht organiseren en inkopen	13
4.3	Markt- en gebiedsanalyse	13
4.4	De beoogde beweging	14
4.4.1	Inkoopmodel	15
4.5	Inrichtingskeuzes	16
4.5.1	Bekostiging	16
4.5.2	Toegangsmanagement	18
4.5.3	Leveranciers- en contractmanagement	20
4.5.4	Contractvorm en periode	21
4.6	Aanbestedingsproces	21
4.6.1	Voorlopige Planning	22
5	Samenhang en overlap	23
5.1	Samenhang in de inkoop jeugdhulp, Wmo, participatie	23

2 Inleiding

Voor u ligt de inkoopstrategie begeleiding 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)³
5. Inburgering (Participatiewet)

Het gaat erom dat vanuit de vraag van de inwoner de zorg wordt ingezet. Hierbij maakt het niet uit vanuit welk 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. De inkoop van inburgering doorloopt een ander proces.

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 de jeugdhulp, en vervolgens 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 juli 2022 ingaan. Hoe aan deze opgave strategisch invulling wordt gegeven is beschreven in dit document.

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.

³ De gemeenten Loon op Zand en Waalwijk hebben besloten vooralsnog niet deel te nemen aan de inkoop van Wmo dagbesteding. Het deel dagbesteding dat relatie heeft met Beschermd wonen wordt voor deze gemeenten nog nader uitgewerkt.

Na de inleiding in hoofdstuk 2 beschrijven we de context, kaders en uitgangspunten van de integrale inkoop in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 gaan we in op de inkoopstrategie. Ten slotte beschrijven we in hoofdstuk 5 samenhang en overlap met de andere inkoopsporen en thema's.

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 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.

2.3 Inkoopdoelstellingen op basis van wensen en bedenkingen 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 met 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?

2.4 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 analysedocument Wmo Begeleiding (oktober 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 Wmo Begeleiding. We hebben op deze sturingsinstrumenten inhoudelijke keuzes gemaakt, welke concreet in hoofdstuk 4 is uitgewerkt. Het gaat dan inhoudelijk om de volgende keuzes:

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 informatievoorziening⁴:

- A. Bij inspanningsbekostiging betaalt de gemeente per uur of dag(deel) tegen een gecontracteerd tarief (PxQ). Hierbij staat de gerealiseerde productie centraal. De voornaamste risico's zijn overproductie en onvoldoende focus op kwaliteit.
- 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 zorg. Hoe gemeenten uiteindelijk de eigen toegang inrichten, heeft uiteraard invloed op hoe het toegangsmanagement als sturingsinstrument kan worden ingezet en andersom.

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 die wij van aanbieders verwachten. 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.

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.

2.5 **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:

⁴ Zie notitie inkoop, I-sociaal domein (2020). Momenteel werken we aan het implementatieplan inkoop 3D. Deze wordt na de zomerreces bestuurlijk ter besluitvorming aangeboden.

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

2.6 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 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 hier faciliterend in optreden door bijvoorbeeld standaardcontracten op te stellen.

2.7 Betrokkenheid (Regionale) adviesraden

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 gedachte 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.

3 Context Wmo begeleiding

3.1 Huidige situatie

In de afgelopen jaren heeft de regio Hart van Brabant via een open-house inkoop een groot aantal aanbieders voor begeleiding gecontracteerd. Er was geen limiet gesteld aan het aantal aanbieders. Iedere partij die voldeed aan de toelatingscriteria kreeg een contract en vanaf dat moment kon er hulp geleverd worden in de regio.

	Begeleiding
Aantal cliënten	7600
Aantal aanbieders	Actieve 94 excl HbH en dagbesteding
Budget (beschikt volume)	€ 40,4 mln.
Schaal (regio, lokaal)	Regionaal
Bekostiging	Arrangementen (outputgericht)

In de regio Hart van Brabant kent elke gemeente zijn eigen toegang met eigen werkwijze. Inwoners ontvangen Wmo begeleiding via een beschikking die wordt afgegeven door de toegang.

Inzichten uit de huidige situatie

Positieve ervaringen:

- De inkoopstrategie heeft geleid tot grote keuzevrijheid voor de cliënten;
- Er kon ondersteuning in de eigen leefomgeving aangeboden worden;
- Kleinschalige en nieuwe initiatieven konden tussentijds eenvoudig aansluiten.

Negatieve ervaringen:

- Door het grote aantal aanbieders is het voor de toegang en voor het contractmanagement onmogelijk gebleken om voldoende inzicht te hebben in de kwaliteit en de soort hulp en ondersteuning van al deze aanbieders;
- Aanbieders zijn meer geneigd om een moeilijke doelgroep te weigeren omdat het aanbod niet zou passen en er veel aanbieders zijn om uit te kiezen. Voor ‘moeilijke’ cliënten valt er daardoor ondanks het grote aantal aanbieders niet veel te kiezen;
- We spreken aanbieders nu te weinig aan op kwaliteit en op afschalen van cliënten naar minder zware zorgvormen. In huidige inkoopdocumenten, verordeningen en beleidsregels zijn te weinig concrete handvatten te vinden om dit vorm te geven;
- De inschaling van zorg is nu complex en onduidelijk. Aanbieders willen geen risico lopen, de toegang heeft onvoldoende instrumenten om te beargumenteren dat een lager arrangement passend is;
- De resultaatgerichte inkoop met financiering via arrangementen geeft zorgaanbieders een ongewenste financiële prikkel om zorgvragen zwaarder aan te zetten;
- Een dusdanige versnippering van de markt geeft efficiency verlies en brengt het voortbestaan van lokaal aanbod soms juist in gevaar. Door het aanbod te versnipperen houden al die aanbieders hun hoofd niet boven water, terwijl minder aanbieders met meer cliënten dat waarschijnlijk wel zouden kunnen;
- De verwachte innovatie in de vorm van collectieve voorzieningen zijn onvoldoende tot stand gekomen;
- Er is geen financiële ruimte voor innovatie door versnippering van de markt.

Aanbieders geven aan meer ruimte te willen om op strategische doelen echt mee te denken. Ze geven aan dat er meer gebruik gemaakt kan worden van hun kennis en kunde. Toegang en zorgaanbieders zijn ervan overtuigd dat de samenwerking en werkprocessen nog verder verbeterd kunnen worden. Er kan winst behaald worden in wachttijden en doorlooptijden en minder administratieve handelingen. Nu worden sommige zaken dubbel gedaan of onnodig gevonden.

3.2 Visie op Wmo Begeleiding

Net als bij alle inkoopsporen is ook bij Wmo begeleiding normaliseren een beleidsdoel. De beweging van normaliseren zien we als een ‘ode aan het jezelf mogen zijn’. We willen dat mensen regie over hun eigen leven hebben en betrokken zijn bij hun naasten en nabije omgeving. Niet te snel etiketten plakken, maar juist in het gewone leven weer ruimte creëren voor wie we zijn, met alle leuke, gekke en soms minder fijne dingen die daar bij horen.

Laten zien hoe je gewone problemen, gewoon kunt oplossen. Wie het nodig heeft, helpen we het zelf weer te kunnen of bieden we passende ondersteuning; beschikbaar, dichtbij en van de juiste kwaliteit. Altijd aansluitend op wat iemand zelf kan.

We willen de al eerder ingezette beweging, van individueel specialistisch naar “het versterken van ontwikkeling en sociale veerkracht” in het gewone leven doorzetten en versterken. De uitgangspunten hierbij zijn:

- Het gewone leven van de inwoners staat centraal; het biedt voldoende ruimte om jezelf te zijn en jezelf te ontwikkelen;
- We investeren in preventie en vroegsignalering, zodat inwoners voldoende steun kunnen vinden in het gewone leven;
- Inclusiviteit staat voorop, verschillen worden niet uitvergroot of gemedicaliseerd maar juist gewaardeerd;
- Gewone problemen worden gewoon opgelost, voorop staat het recht op een oplossing, niet het recht op zorg;
- We gaan uit van wat iemand kan i.p.v. iemands beperkingen, iedereen kan een waardevolle bijdrage leveren;
- Als dat nodig is, bieden we als gemeente een passende oplossing aanvullend op wat mensen zelf al kunnen;
- We werken vanuit de praktijk van inwoner/professional, gericht op gedeeld eigenaarschap.

De doelen die we hierbij stellen zijn:

- We lossen gewone problemen meer gewoon op, minder problematiseren en medicaliseren;
- We organiseren meer informele steun voor inwoners in het gewone leven;
- We ondersteunen dat mensen beter zichzelf en anderen helpen;
- We combineren specialistische ondersteuning meer met lichte en informele ondersteuning in de leefwereld van de inwoner, hierdoor nemen duur en intensiteit van de specialistische ondersteuning af.

We gaan aan de aanbieders vragen in de inkoopprocedure aan te geven hoe zij deze doelen en uitgangspunten van ‘normaliseren’ verankeren in hun ondersteuningsaanbod en werkwijze.

3.3 Reikwijdte van de inkoop

Dagbesteding apart inkooptraject

We willen dat in de begeleiding voor alle inwoners aandacht is voor activering en toeleiding naar en begeleiding bij (vrijwilligers)werk of een opleiding. Dit betekent dat inwoners die de mogelijkheid hebben, toegeleid en begeleid worden naar (betaald) werk. Dit moet goed aansluiten bij hun mogelijkheden en talenten. Dit onderdeel dagbesteding koppelen we daarom los van de

inkoop Wmo begeleiding. Dit maakt het mogelijk om passend aanbod en maatwerk voor inwoners te bewerkstelligen en om continuïteit in het activeringsaanbod te waarborgen. Er volgt dus een apart inkooptraject voor dagbesteding/participatie.

Voor inwoners waar de mogelijkheid tot activering niet meer aanwezig is, (ouderen/beperkten) en dagbesteding gericht is op stabiliteit c.q. mantelzorgontlasting blijft dit onderdeel uitmaken van Wmo begeleiding en dus wel onderdeel van deze inkoop Wmo begeleiding. In kader van deze aanbesteding noemen we dit ‘dagopvang’.

Zorg ingekocht met een Persoons gebonden budget (PGB)

De gevolgen en omvang van het PGB beleid zijn geen onderdeel van deze inkoopstrategie en wordt apart uitgewerkt.

3.4 Besparingspotentieel

Met de nieuwe opgave voor Wmo Begeleiding 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 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 in het inkoopdocument concretiseren.

A. Aanpassingen in organisatie en samenwerking.

Dit zijn interventies gericht op ‘slimme intake’ en ‘slim organiseren’. Deze inverdienmogelijkheden kunnen worden gerealiseerd door goede samenwerking enerzijds in de zorgketen 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 zorggebruik.

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 Wmo begeleiding 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 zorg 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 zorgkosten.

Om de hierboven beschreven punten te kunnen realiseren moeten er investeringen worden gedaan. Dit geldt zowel voor de gemeenten als de zorgaanbieders.

De verwachte besparingen voor Wmo Begeleiding zijn voornamelijk gelegen in:

- Normalisatie: het voorliggend veld wordt zodanig ingericht dat zij daar de afschaling opvangen én preventief werken zodat er minder zorg vanuit het contractpartner nodig is;
- Lumpsum (als budget) – cliënten krijgen niet langere of zwaardere ondersteuning dan nodig. Kansen om collectief aanbod in te zetten en samen te werken met het voorliggend veld;
- Door minder aanbieders betere sturing mogelijk. De monitoring op effecten vindt directer plaats. En in samenspraak met contractpartner kan sneller bijgestuurd en ingezet op vernieuwingen om de transformatie te realiseren.

4 Inkoopstrategie Wmo begeleiding

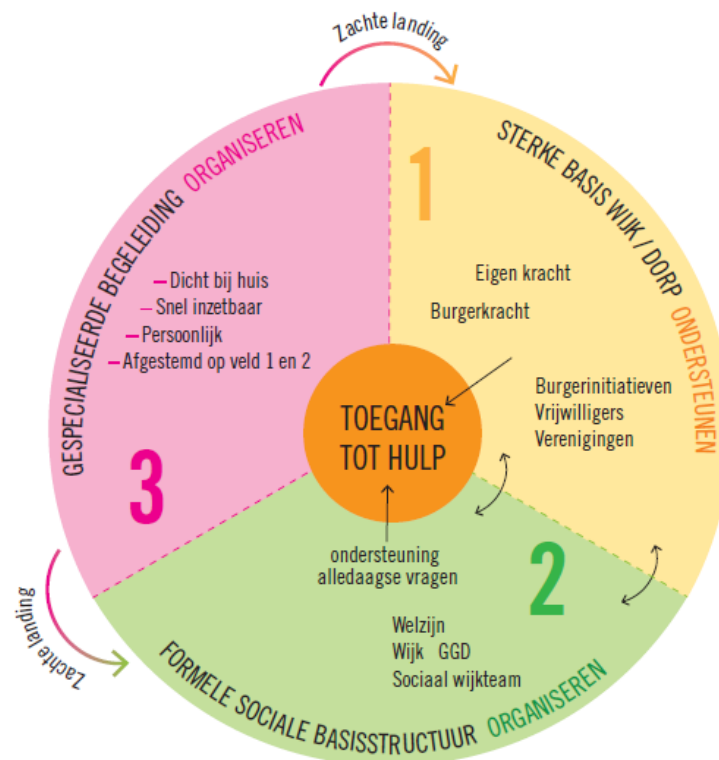
4.1 Beschrijving Wmo begeleiding

Wmo Begeleiding (begeleiding individueel en dagopvang)) wordt door negen van de elf gemeenten uit de regio Hart van Brabant gezamenlijk aanbesteed en ingekocht. Het gaat om de gemeenten: Alphen-Chaam, Baarle-Nassau, Goirle, Heusden, Oisterwijk, Dongen, Gilze en Rijen, Hilvarenbeek en Tilburg.

De inkoopstrategie Wmo begeleiding gaat over:

- Begeleiding gericht op het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen van 18 jaar en ouder met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving;
- Kortdurend Verblijf;
- Persoonlijke verzorging, alleen in het kader van Wmo, niet medisch;
- en Dagopvang gericht op stabiliteit c.q. mantelzorgontlasting, voor inwoners waar de mogelijkheid tot activering niet meer aanwezig is, (ouderen/beperkten).

Om hulp en ondersteuning te bieden aan inwoners die dat nodig hebben, hebben we als gemeenten meerdere mogelijkheden. In de onderstaande figuur wordt dit weergegeven in drie delen.



Niet alle vragen hoeven met gespecialiseerde begeleiding opgelost te worden. Wij willen meer normaliseren. Met normaliseren zetten we in op de beweging dat hulp vragen aan je directe omgeving de nieuwe norm is. Bij zogeheten lichtere problematiek willen wij sterker dan voorheen kijken naar wat mensen zelf en/of met hulp van hun omgeving kunnen (1), waar voorzieningen uit de basisstructuur een rol kunnen spelen (2) en pas als mensen dan nog steeds niet verder komen, zetten we gespecialiseerde begeleiding in (3).

4.2 Gebiedsgericht organiseren en inkopen

Iedere gemeente heeft een eigen lokale dynamiek en eigen karakter. Van zorgaanbieders wordt verwacht 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 van elke gemeenten. Verbindingen en samenhang kunnen beter worden gerealiseerd met onder andere de voorliggende voorzieningen. De invulling van het gebiedsgericht organiseren wordt bepaald door de couleur lokale van de gemeenten in dat gebied.

Vanuit de geografische ligging in combinatie met het aantal inwoners is gekozen voor de volgende vier gebieden:

- Gebied 1: Tilburg;
- Gebied 2: Alphen-Chaam, Baarle-Nassau, Gilze Rijen en Dongen;
- Gebied 3: Goirle, Oisterwijk en Hilvarenbeek;
- Gebied 4: Heusden, Loon op Zand en Waalwijk⁵.

We zorgen er voor dat er in alle gebieden een dekkend en samenhangend aanbod.

Elk gebied omvat verschillende lokale gemeentelijke toegangen. Per toegangsteam wordt een gebiedsteam vanuit de contractpartner gekoppeld

4.3 Markt- en gebiedsanalyse

In 2020 zijn er 122 contracten afgesloten waarbij 94 aanbieders zorg leveren. In 2021 ontvangen ca. 4516 cliënten begeleiding. Op basis van dit aantal en de ontwikkelingen in het voorliggend veld is een voorspelling gemaakt van het verwachte aantal cliënten in 2022. Hierbij wordt een bandbreedte gehanteerd van 7,5%. Separaat wordt ook een voorspelling gemaakt van het aantal cliënten die gebruik zal maken van een vorm van dagopvang.

Perceel ^[1]	gemeente	# cliënten 2021 ^[2]	# cliënten 2022 ^[3]	# dagopvang ^[4]
West (489 / 122)	Dongen	199	184 - 214	36 - 42
	Gilze Rijen	202	187 - 217	28 - 34
	Alphen Chaam	35	32 - 38	23 - 28
	Baarle Nassau	53	49 - 57	27 - 33
Heusden (390 / 41)	Heusden	390	361 - 419	37 - 45
Oost (537 / 64)	Oisterwijk	168	155 - 181	15 - 19
	Hilvarenbeek	124	115 - 133	19 - 23
	Goirle	245	227 - 263	23 - 29
Tilburg (3100 / 222)	Tilburg	3028	2802 - 3256	200 - 244

⁵ Waalwijk en Loon op Zand nemen vooralsnog niet deel aan de regionale inkoop Wmo Begeleiding. Zij kopen gezamenlijk begeleiding in.

[1] Achter de naam van het perceel treft u het aantal verwachte cliënten begeleiding en het aantal cliënten dagopvang

[2] # cliënten 2021: het aantal unieke cliënten dat in 2021 begeleiding ontvangt op een peildatum.

[3] # cliënten 2022: de inschatting van het aantal cliënten te verwachten cliënten begeleiding in 2022

[4] # cliënten dagopvang: een inschatting van het aantal cliënten dat dagopvang vraagt in 2022

In afzonderlijke beschrijvingen wordt per gebied aangegeven wat de belangrijkste ontwikkelingen zijn en de verwachte aantal vragen voor begeleiding in 2022. Onderstaande tabel geeft een overzicht hoeveel zorgaanbieders in elke regiogemeente actief zien.

Unieke Aanbieders		
	2019	2020
Dongen	21	29
Gilze en Rijen	29	39
Goirle	27	27
Heusden	27	36
Hilvarenbeek	24	29
Oisterwijk	26	20
Tilburg	50	66
Eindtotaal	73	92

We zien een aantal (demografische) ontwikkelingen die effect hebben op de vraag naar Wmo-begeleiding. Het gaat dan om de volgende ontwikkelingen:

- Vergrijzing / langer thuis wonen – Door de steeds ouder wordende bevolking zal de behoefte aan zorg en ondersteuning de komende jaren stijgen. Met name voor dagbesteding zal dit effect hebben;
- Druk op mantelzorgers neemt toe – gerelateerd aan de vergrijzing zien we dat er steeds meer mensen ondersteuning nodig hebben en dat er anderzijds steeds minder vitale mensen zijn om mantelzorg te verlenen. We zien steeds vaker overbelaste mantelzorgers. We verwachten dat dit de komende jaren zal toenemen;
- Beschermd wonen / langer thuis wonen – het is de taak van de gemeente om inwoners, als dat met begeleiding kan, zoveel mogelijk zelfstandig te laten wonen. We verwachten dat de komende jaren minder mensen instromen in beschermd wonen en verwachten daarnaast dat personen die nu beschermd wonen in grotere aantallen zullen uitstromen en dus zelfstandig zullen wonen. Deze inwoners hebben goede ondersteuning nodig en deze ondersteuning valt veelal onder Wmo begeleiding;
- Diversiteit – De samenstelling van onze bevolking wijzigt ook als gevolg van migratie. Steeds meer inwoners van onze gemeenten zijn geboren in een ander land. Ze komen als vluchteling of arbeidsmigrant met vaak ook de bedoeling hier een leven op te bouwen;
- Complexiteit van de samenleving – Onze samenleving wordt steeds ingewikkelder. Veranderingen volgen elkaar steeds sneller op en digitalisering van diensten en informatie is de norm geworden. Veel mensen lukt het niet om hierop aan te blijven haken. Op het gebied van onder andere inkomen, zorg en arbeid wordt het beroep op zelfredzaamheid groter. Regelingen worden ingewikkelder en vaak alleen toegankelijk via gebruik van computer en internet. De gevolgen hiervan voor inwoners zijn vaak groot.

4.4 De beoogde beweging

We willen met de inkoop bereiken dat:

- Inwoners de beste zorg en ondersteuning krijgen, dichtbij, passend en gericht op het vergroten van zelfredzaamheid;
- Innovatie wordt bevorderd;
- Regeldruk verminderd;
- Het afschalen richting voorliggend veld eenvoudiger is en meer plaatsvindt;
- Meer wordt gestuurd op kwaliteit;

- Er meer samen wordt gewerkt vanuit gezamenlijke visie over begeleiding en afspraken hoe dit te bereiken;
- Inwoners niet tussen wal en schip vallen en gepast aanbod krijgen op hun vraag;
- Er meer grip is op de kosten van Wmo begeleiding;
- Dat zorgaanbieders een ondersteuningsvraag altijd benaderen vanuit het systeem van de inwoner.

Doel is om te komen tot een keuze van een inkoop model dat past bij het maken van de beoogde beweging.

4.4.1 Inkoopmodel

We kiezen voor een taakgerichte inkoop met één contractpartner die we met een lumpsum budget financieren. We willen één contractpartner, die verantwoordelijk is voor alle Wmo begeleiding voor de doelgroep. Door te werken met een gebiedsgerichte inkoop kan de inkoop meer plaatsvinden naar de behoeften van de desbetreffende gemeenten in het gebied en kan beter aangesloten worden op de sociale basis/voorliggend veld, zoals huisartsen en diverse maatschappelijke organisaties.

We gaan daarbij werken met een gebiedsgerichte inkoop, waarbij we uitgaan van 4 gebieden, zoals benoemd in paragraaf 4.2. Elk gebied omvat verschillende lokale gemeentelijke toegangen:

- Tilburg heeft 6 toegangsteams;
- Alphen-Chaam, Baarle-Nassau, Gilze en Rijen en Dongen 4 toegangsteams;
- Goirle, Oisterwijk en Hilvarenbeek: 3 toegangsteams;
- Heusden: 1 toegangsteam.

Per gebied wordt één partij gecontracteerd wat betekent dat we voor de uitvoering van Wmo begeleiding in de regio met 4 contractpartijen gaan werken. We vragen de contractpartner vervolgens om per toegangsteam een gebiedsteam te leveren, zodat elk gebiedsteam is verbonden aan een lokale toegang in de gemeenten.

We kiezen voor dit model omdat we hierin de volgende kansen zien:

- Lumpsum budget leidt tot meer voorspelbaarheid en beheersbaarheid van de kosten. Het prikkelt aanbieders om sneller minder dure trajecten in te zetten en meer in te zetten op normaliseren. Men dient immers met de benodigde ondersteuning te bieden binnen het beschikbare budget, waardoor de beweging ontstaat om meer te sturen op afschalen en doorstroming;
- Het lumpsum budget leidt tot minder aanbodgericht werken en biedt ruimte voor passende ondersteuning. Innovatie wordt dus gestimuleerd omdat tussentijds nieuwe ondersteuningsvormen ontwikkeld kunnen worden en toegevoegd. Het biedt ook kansen om te komen tot collectieve voorzieningen;
- Eén contractpartner per gebied met daarin een brede taakopvatting in het sociaal domein biedt ruimte voor goede structurele binding met het lokale voorliggende veld. Daarnaast biedt het ruimte voor goede binding met de toegang en/ of gemeente op casusniveau waar nodig. Voor de signalering van doelgroepen/ontwikkelingen in het gebied en kansen in het gebied. Toegang en contractpartner versterken en vullen elkaar aan.
- Er ontstaat ontschotting bij de verschillende zorgaanbieders die deelnemen en betere samenwerking;
- Binding van personeel aan een bepaald gebied / wijk biedt de mogelijkheid tot het opbouwen van kennis van het voorliggend veld en versterkt en versnelt mogelijkheden voor afschalen van zorg;

- Ook ontstaat meer duidelijkheid voor inwoners. Men kan op één plek terecht voor alle ondersteuning waardoor er (waarschijnlijk) ook minder ‘geshopt’ wordt door cliënten.
- Het biedt ruimte voor verschillen in aanbod tussen verschillende wijken / gebieden, afgestemd op de lokale behoefte;
- Voor gemeenten ontstaat een overzichtelijk aantal partijen om actief leveranciersmanagement op te voeren. En we verminderen de regeldruk in de totale procedure van melding tot besluit.

We signaleren ook de volgende belangrijkste risico's:

- De budgetverantwoordelijkheid en inhoudelijke verantwoordelijkheid wordt bij de contractpartner belegd. Dit betekent een verandering in de rolopvatting van de gemeenten. Ook voor contractpartner betekent dit een andere invulling geven aan het werken. Dit is een veranderingsproces waarop we moeten investeren;
- Sommige cliënten moeten in dit scenario wisselen van aanbieder en dus ook van begeleider. Dit heeft effecten op de continuïteit van de ondersteuning. Mogelijk dat cliënten hiertegen bezwaar maken. We moeten cliënten goed informeren over de wijzigingen en gerust stellen dat zorg geboden wordt;
- Er bestaat een prikkel voor de aanbieder om minder ondersteuning te leveren. We moeten er daarom scherp op zijn dat de kwaliteit gehandhaafd blijft. Dit doen we door in contact te blijven met cliënten, hun tevredenheid met regelmaat te toetsen en hen de gelegenheid te bieden zich bij klachten te melden bij de gemeenten;
- De contractpartner is verantwoordelijk voor de inzet van verschillende onderaannemers. Niet alle aanbieders zijn dat gewend wat ertoe kan leiden dat e.e.a. niet soepel verloopt. We ondersteunen de partijen in het vormgeven van deze relatie en stellen een handreiking onderaannemersschap beschikbaar op de website;
- Er is keus uit minder zorgaanbieders voor de inwoner. De inwoners worden hierover geïnformeerd zodat ze begrijpen waarom we deze beweging maken;
- De mogelijkheid bestaat dat bij overgang naar de nieuwe situatie de vraag naar PGB stijgt. Om dit te beheersen zijn we bezig met het opstellen van een regionale notitie waarin opgenomen wordt hoe dit goed beheerst en voorkomen kan worden.

4.5 Inrichtingskeuzes

Het in samenhang inzetten van de sturingsinstrumenten zoals beschreven in hoofdstuk 2 bepaalt in hoge mate de effectiviteit van gemeenten bij de inkoop van Wmo begeleiding. Hieronder lichten wij de keuzes toe.

4.5.1 Bekostiging

We gaan Wmo begeleiding taakgericht inkopen en daarbij lumpsum financiering inzetten. Daarmee wordt de nodige flexibiliteit mogelijk. Aanbieders hebben daardoor namelijk zelf de vrijheid en verantwoordelijkheid om de juiste zorg in te zetten.

Bij lumpsumfinanciering wordt gewerkt met van tevoren afgesproken budgetten. Daardoor ontstaat er grip op de financiën. Deze financieringsmethodiek draagt bij aan financiële voorspelbaarheid, de beheersbaarheid van de kosten en een meer gesloten financiering, terwijl voortdurend aan resultaten en kwaliteitsverbetering wordt gewerkt. En het geeft zorgaanbieders meer mogelijkheden om sneller minder dure trajecten in te zetten en waar mogelijk over te dragen aan het voorliggend veld. Uitgangspunt blijft dat de inwoner die zorg krijgt die nodig is.

We werken met een risicodossier waarin duidelijk wordt beschreven wat de mogelijk risico's zijn die buiten de eigen invloedssfeer liggen van de contractpartijen met de daarbij behorende

beheersmaatregelen. Op basis van deze afspraken kan het budget negatief of positief worden bijgesteld. Dit kan nodig zijn als gevolg van 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 een bijdrage te leveren aan de besparingen en om een afbouw van het budget te realiseren. In de dialoofase spreken we met de contractpartner verder af hoe en wanneer het lumpsum bedrag wordt verhoogd/verlaagd. Het uiteindelijk vastgestelde budget en afspraken, als uitkomst van de dialooggesprekken, leggen we vast in het contract.

De totale inkoopwaarde voor Wmo begeleiding voor de 4 gebieden is ingeschat op basis van het huidige aantal cliënten en op een reële, normatieve budgetbepaling volgens de richtlijnen AMvB en getoetst door bureau HHM. Daarbij hanteren we een bandbreedte. We kiezen voor nieuwe inkoopvorm; een gebiedsgerichte en taakgerichte benadering. We vragen de contractpartners om aan te geven hoe zij vorm en inhoud willen geven aan de hulpverlening.

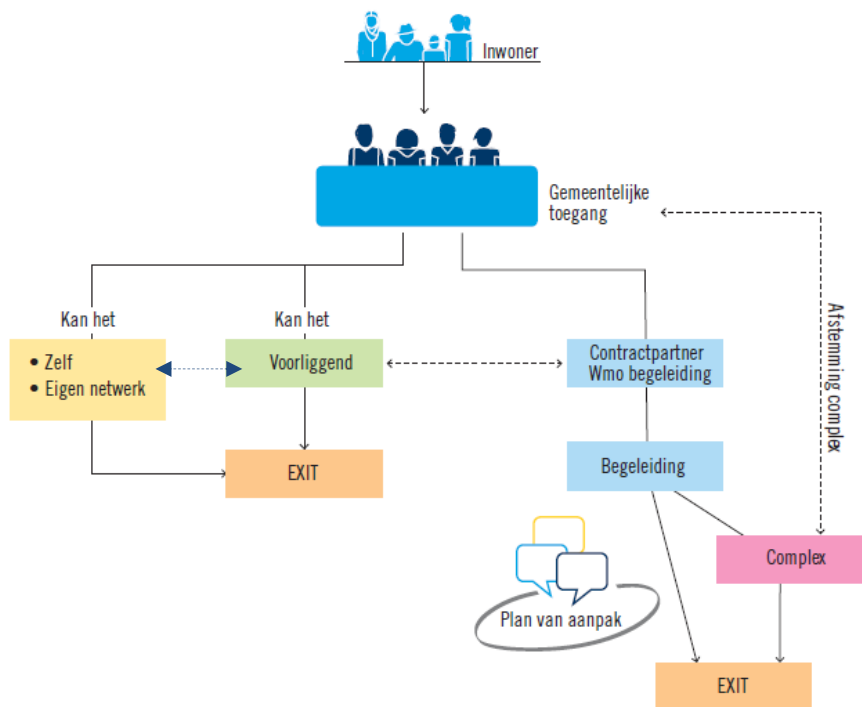
Bij de bepaling van de inkoopwaarde is geen rekening gehouden met de kosten voor transformatie.

We vragen de potentiële contractpartner wat er nog nodig is om de gewenste transformatie te maken en welke mogelijkheden de contractpartner ziet om de hulp effectiever en doelmatiger in te zetten. Daarbij kan gedacht worden aan:

- normalisatie; meer oplossen in de sociale context of door oplossingen in het voorliggend veld
- tijdige afschaling van (de intensiteit van de) hulp
- het organiseren van collectieve vormen van hulp

We vragen de potentiële contractpartners dus nadrukkelijk om een aanbod te doen waarbij ze aangeven hoe ze daadwerkelijk gaan transformeren, wat ze daarvoor nodig hebben en welke besparingsmogelijkheden ze daarbij op korte en lange termijn zien.

4.5.2 Toegangsmanagement



De inwoner blijft zich melden voor ondersteuning bij de toegang. Door de juiste vragen te stellen kijkt de toegang eerst of de inwoner het zelf kan, of dat de ondersteuning in het voorliggend veld plaats kan vinden. Alleen als de inwoner het niet zelf kan, het sociaal netwerk of voorliggende voorzieningen niet beschikbaar of geschikt zijn, wordt de inwoner door de gemeentelijke toegang doorverwezen naar de contractpartner. We maken hiervoor gebruik van een 301 bericht.

Het intakegesprek vindt plaats met de inwoner en de professional van de contractpartner, waarbij direct vanuit die expertise doelen worden vastgelegd, voor een bepaalde periode. Dit wordt opgenomen in het plan van aanpak. In dit plan van aanpak staat ook vermeld welke zorg wordt ingezet met welke aard en omvang. Bij het akkoord gaan met dit plan van aanpak door de inwoner ontstaat een bindend besluit. De vormgeving van het plan van aanpak wordt in samenspraak tussen gemeenten en contractpartner vastgelegd in de dialoofase. Als de inwoner niet akkoord gaat en hij/zij komt er met de zorgaanbieder niet uit, kan de inwoner met het plan van aanpak gebruik maken van de bezwaar- en beroepsprocedure van de gemeente.

1 gezin, 1 plan, 1 coördinator

In die situaties waar sprake is van complexe problematiek, worden door de toegang en contractpartner afspraken gemaakt over de coördinatie van de zorg. Bij constatering van deze problematiek tijdens de begeleiding betreft de contractpartner de toegang. Bij complexe problematiek is sprake van problemen op meerdere leefgebieden of domeinen. We werken dan (als het gezin/huishouden zelf niet meer in staat is om de regie te voeren) met 1 Gezin/huishouden, 1 Plan, 1 Coördinator. De gemeentelijke toegang voert hierbij de coördinatie.

We blijven werken met een eigen bijdrage voor gebruik van Wmo begeleiding.

We doen ook onderzoek naar de bevindingen van inwoners. Zodat we ook kunnen horen waarom mensen eventueel niet tevreden zijn of tussen wal en schip raken als de begeleiding bij de

contractpartner plaatsvindt. Een goed voorbeeld voor dit onderzoek is b.v. het Postkaartonderzoek, waarbij na intakegesprek bij de zorgaanbieder de inwoner anoniem een postkaart, waarop een aantal gerichte vragen staan, op kan sturen naar de gemeente. Of continue meting waarbij zowel na de intake als tijdens de behandeling de inwoner gevraagd wordt om zijn mening.

Voordelen van de werkwijze:

We zijn flexibel in de individuele ondersteuning. De inwoner en professional van de contractpartner kunnen samen snel schakelen op de inhoud van de benodigde zorg en deze direct inzetten zonder tijdsverlies van extra administratieve handelingen (in de afstemming met de gemeente). Daarnaast wordt de begeleiding sneller toegankelijk voor de inwoner, omdat het beschikkingstraject bij de gemeente overgeslagen wordt zonder dat dit de rechten van de inwoner aantast. Ook op het niveau van de totale ondersteuning die we als gemeente leveren, brengt het voordelen. De contractpartner kan immers zelf invulling geven aan het hoe en het wat, afhankelijk van de behoefte van de inwoner gedurende het begeleidingstraject. Ook kunnen gemakkelijker innovatieve begeleidingsvormen worden ontwikkeld tijdens de contractfase, die bijdragen aan de doelstellingen van de transformatie.

Rol toegang

Normaliseren, lichte ondersteuning en integraliteit

Door de nieuwe werkwijze ontstaat bij de toegang ruimte om te focussen op het zoveel mogelijk laten oplossen in het gewone leven: eigen kracht, eigen netwerk, eigen omgeving, informele ondersteuning. Waar nodig door lichte ondersteuning door de toegang zelf of anderen. Alleen voor zover dit niet volstaat wordt een beroep op ondersteuning door de contractpartner gedaan. Ook bevordert de toegang door deze manier van werken de integraliteit: enerzijds door de contractpartner en het voorliggend veld dichter bij elkaar te brengen en anderzijds door leefdomein overstijgend zicht te houden op de samenwerking, processen en resultaten.

De vormgeving van de toegang blijft couleur locale. Afspraken over de samenwerking met de toegang en het vormgeven van de gemeentelijke verantwoordelijkheid wordt in de dialoofase per perceel verder uitgewerkt.

Gedeelde opdracht toegang en contractpartner

Er is sprake van een gedeelde opdracht van toegang en contractpartner.

Beiden signaleren de ontwikkelingen in het gebied en bij de doelgroep. Daarnaast zijn beiden verantwoordelijk voor de aansluiting op en integratie met andere ondersteuning die nodig is op client / gezinsniveau. Het samen optrekken en elkaar hierin vinden verdient tijdens de eerste contractperiode dan ook de nodige aandacht.

Wat zegt de wet?

De verantwoordelijke voor het beslissen op een aanvraag, (het vaststellen van de rechten en plichten van een inwoner) is voor zowel de Jeugdwet als de Wmo 2015 het college⁶. Artikel 2.6.3 van de Wmo 2015 bepaalt dat het college de vaststelling van rechten en plichten kan mandateren aan een zorgaanbieder. Artikel 1.1.1 Wmo 2015 definieert aanbieder als natuurlijke persoon of rechtspersoon die jegens het college gehouden is een algemene voorziening of een maatwerkvoorziening te leveren. Dit is in bevestigd door de CRvB⁷.

⁶ Artikel 2.3.5, derde lid, van de Wmo 2015 en artikel 2.3 Jeugdwet

⁷ CRvB 25 oktober 2017, ECLI:NL:CRVB:2017:3633

Met andere woorden: het is het college dat verantwoordelijk is voor het onderzoek en de motivering van het besluit. Het college kan hierbij gebruik maken van deskundigen en mandaat verlenen aan een zorgaanbieder om dit besluit namens het college te nemen.

Bij het nemen van een besluit (beschikking) moet echter wel gespecificeerd worden waar een cliënt recht op heeft.

Het mandateren van de zorgaanbieder gebeurt door een mandaatbesluit. Daarnaast wordt de werkwijze vastgelegd in de verordening. De VNG heeft in zijn voorbeeld verordeningen de mogelijkheid voor mandatering al vastgelegd.

4.5.3 Leveranciers- en contractmanagement

We verwachten dat de contractpartner aansluit bij de lokale behoeften. Belangrijk hierbij is dat de contractpartner de hele zorgvraag in een perceel kan bedienen. Hij moet in staat zijn breed alle ondersteunings-/ begeleidingsvragen op te pakken voor alle doelgroepen. We willen dat de aanbieder werkt vanuit een integrale benadering van de problematiek waarbij de vraag van de inwoner centraal\ en daarbij de ondersteuning vanuit een systemische benadering organiseert.

De contractpartner heeft een acceptatieplicht. Inwoners kunnen niet bij de voordeur geweigerd worden. We verwachten van de contractpartner dat na toewijzing via 301 bericht binnen 14 dagen de zorg wordt opgestart. In die 2 weken vindt ook het intakegesprek plaats en wordt het plan van aanpak gemaakt.

Samenwerking

Samenwerking speelt een cruciale rol in deze opdracht. Als gemeenten ontwikkelen we samen met de contractpartner een werkwijze die het beste tot het behalen van de doelstelling leidt. We werken hierbij niet volgens een blauwdruk, maar laten ruimte voor nieuwe ideeën en innovatie. Door elkaars kennis, expertise en middelen te bundelen wordt het mogelijk om in de toekomst zorg en ondersteuning bereikbaar en betaalbaar te houden voor mensen die het nodig hebben. We werken op basis van vertrouwen: we geloven erin dat de contractpartner diensten levert die bijdragen aan maatschappelijke doelen (o.a. meer zelfredzaamheid, meer eigen regie, een goed ondersteund netwerk etc.). We onderscheiden samenwerking op de volgende niveaus:

- *Samenwerking tussen contractpartner en gemeenten:* zoals hierboven al aangegeven, willen we toegroeien naar een vorm van partnerschap tussen de gemeenten en de contractpartner. De gemeenten zijn ervan overtuigd dat we alleen in dialoog en door samenwerking daadwerkelijk stappen kunnen zetten om onze maatschappelijke doelstellingen te realiseren. Wij willen toewerken naar een systematiek waarbij het belang van de cliënt centraal staat en als basis dient voor verdere doorontwikkeling;
- *Samenwerking tussen contractpartner en het voorliggend veld :* we vinden het belangrijk dat er aandacht is voor de voorliggende en langdurige (hoeft niet kan wel) rol van het voorliggend veld. Door de verbinding tussen de Wmo begeleiding en het voorliggende veld te verstevigen kunnen veel voordelen worden behaald. In de huidige situatie wordt dit nog onvoldoende benut. We verwachten van de contractpartner dat in samenwerking en bij afschalen van de zorg, in overleg met sociaal netwerk en voorliggend veld, aandacht is voor ‘zachte landing’ in wijk en dorp.

Accounthouderschap

Er vinden frequent contractgesprekken plaats met de contractpartner. Hierin wordt zowel stilgestaan bij harde data als bij de voortgang van de transformatie opgaven en de in te zetten acties om het resultaat te bereiken. Zeker in de aanvangsperiode is dit frequent zijn. Frequentie wordt in de dialoofase verder besproken. Naast contact met het accountteam wordt frequent contact met de wethouders/bestuurders vormgegeven. Vanuit vertrouwen en gezamenlijke

verantwoordelijkheid, openheid in gesprekken maken we de beweging naar samenwerking vanuit partnerschap.

Input contractgesprekken

De input vanuit de contractpartner wordt nadrukkelijk opgehaald in voortgangsgesprekken, we nemen hen serieus en maken op basis van hun input gezamenlijke afspraken over de voortgang. De toegang heeft een belangrijke rol, zij verzorgen de terugkoppeling richting contractmanagement over de samenwerking met contractpartner. Het lokale toegangsteam heeft m.n. zicht op het functioneren van de contractpartner daar waar sprake is van complexe casuïstiek.

Verantwoording en monitoring

Van de contractpartner verwachten we verantwoording over aantallen, hoe lang inwoners in zorg zijn, doorstroomtijd, maximale winst (percentage bepalen), kwaliteitsonderzoeken, interne klanttevredenheidsonderzoeken, inzage in klachten en de doorlooptijd. In de dialoofase wordt in meer detail gezamenlijk vastgesteld welke informatie in de verantwoording dient te worden meegenomen en op welke wijze deze wordt aangeleverd.

Met inhoudelijke instrumenten gaan we gericht de ontwikkeling en het resultaat bij de cliënt meten. De keuze voor een instrument maken we in de dialoofase samen met de contractpartners. We spreken af met aanbieders dat zij ervoor zorgen dat hetgeen we nodig hebben voor de monitoring ook door hen geleverd wordt. Ook stemmen we af met Wmo beschermd wonen en jeugdhulp. Indien mogelijk heeft het de voorkeur om allemaal met hetzelfde instrument de kwaliteit te meten.

De contractpartner is als hoofdaannemer, voor zover gebruik wordt gemaakt van onderaannemers, verantwoordelijk voor de kwaliteit van de onderaannemers met wie wordt samengewerkt. De contractpartner geeft een overzicht van hun onderaannemers. Daarnaast vindt er toetsing plaats op de kwaliteit. Deze toetsing wordt uitgevoerd door de afdeling Toezicht, waar nodig samen met de toegang. Zo wordt kan bijvoorbeeld getoetst op de kwaliteit van het personeel en de kwaliteitscertificering.

4.5.4 Contractvorm en periode

Bij het kiezen voor partnerschap en gezamenlijk vormgeven aan de doelstellingen hoort een langer relationeel samenwerkingscontract. Een langdurig overeenkomst zien we als voorwaarde voor goed contractmanagement en realisatie van de gezamenlijk doelstellingen.

Per perceel wordt een overeenkomst aangegaan van 4 jaar met 2 keer optie tot verlenging van 2 jaar (8 jaar totaal) bij goed resultaat. In de periode na de voorselectie, de dialoofase, wordt vastgelegd wat onder 'goed resultaat' wordt verstaan. Er vindt een evaluatie plaats voor het verstrijken van de eerste vier jaar om te beoordelen hoe het in die periode gegaan is en of de overeenkomst inderdaad verlengd wordt. Per perceel wordt de wel/niet verlengen afweging gemaakt. Per perceel wordt contract wel/niet verlengd.

4.6 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 hoofdaanbieders 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 hoofdaanbieders, stromen door naar de gunningsfase. De thema's die genoemd zijn in de selectiefase worden samen met hoofdaanbieders 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. De definitieve gunning van de opdracht vindt plaats op basis van deze inschrijving.

4.6.1 Voorlopige Planning

De voorlopige planning is als volgt:

Publicatie	: november 2021
Preselectie	: november-december 2021
Dialoogsessies	: januari-april 2022
Gunning	: april/mei 2022
Start uitvoering	: 1 juli 2022

5 Samenhang en overlap

5.1 Samenhang in de inkoop jeugdhulp, Wmo, participatie

Specifieke thema's die wij in samenhang met de andere domeinen uitwerken zijn:

- **Wmo Beschermd wonen:** in het kader van het project “Weer Thuis” van beschermd wonen wordt van de aanbieder verwacht dat hij aanbod levert dat bijdraagt aan de beweging Weer Thuis. We verwachten dat de contractpartner begeleiding nauwe samenwerking heeft met de zorgaanbieders die Wmo Beschermd wonen bieden binnen de regio Hart van Brabant om te zorgen dat er een goede doorlopende herstellijn ontstaat voor inwoners. Hierbij staat voorop dat gekeken wordt naar wat het best passend is bij de herstelfase van de inwoner. De ondersteuning die men ontvangt van een zorgaanbieder voor beschermd wonen hoeft dus niet dezelfde aanbieder te zijn die ambulante begeleiding gaat geven bij uitstroom en vice versa
- **Participatie:** een zinvolle dagbesteding is vaak essentieel binnen de ondersteuning van beschermd wonen. Dagbesteding vanuit arbeidsperspectief, gericht op de toekomst van de inwoner, wordt logischerwijs geregeld vanuit de Participatiewet in de vorm van (beschut) werk. Deze arbeidsgerichte dagbesteding wordt in een apart inkooptraject verworven. 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 en een sluitende aanpak is dus belangrijk. Daar waar in gezinnen/huishoudens sprake is van problemen die domeinoverstijgend zijn en complex (op meerdere leefgebieden en waar het gezin/huishouden zelf niet meer in staat is om de regie te voeren) werken we met 1 Gezin/huishouden, 1 Plan, 1 Coördinator. De toegang, de Gecertificeerde Instelling (GI) of teams voor complexe casuïstiek voeren de coördinatie;
- **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. Omdat wij werken aan een *integrale* aanpak voor kwetsbare jongeren met Multiproblematiek die alle leefdomeinen beslaat, kijken wij naar kwetsbare jongeren vanuit het brede perspectief. De integrale aanpak jongeren in kwetsbare positie van 16-27 jaar richt zich op: *'Alle jongeren tussen 16 en 27 jaar die kampen met meervoudige problematiek en dus op twee of meerdere leefdomeinen integrale ondersteuning nodig hebben tijdens hun stap naar volwassenheid'*. De vijf doelen ('Big Five') die we op de leefdomeinen die we voor 16 - 27-jarigen in een kwetsbare positie willen bereiken zijn:
 - Kwetsbare jongeren hebben minimaal één volwassen persoon als support;
 - Kwetsbare jongeren hebben een passende en stabiele woonplek;
 - Kwetsbare jongeren hebben een daginvulling die perspectief biedt;
 - Kwetsbare jongeren hebben een stabiele financiële situatie;

- Kwetsbare jongeren krijgen de hulp/ondersteuning die nodig is voor (sociale) welzijn en een goede gezondheid;
- ***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. In de inkoopdocumenten worden een aantal kwaliteitscriteria geformuleerd aan aanbieders op het terrein van kindermishandeling en huiselijk geweld.
- ***Vervoer bij dagbesteding:*** 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 Jeugdhulp plaats. De komende periode onderzoeken we of er een verbinding kan worden gemaakt met het Regiovervoer Midden-Brabant. De contractpartner verleent medewerking aan eventueel verder onderzoek. Tot helder is wat hier de uitkomst van is, blijft vervoer naar dagopvang onderdeel van de verantwoordelijkheid van de contractpartner.
- ***PGB:*** hoe we omgaan met het toekennen van een PGB wordt verder uitgewerkt. Ook de gevolgen voor lumpsumbepaling in relatie tot PGB wordt hierin meegenomen.