

F-Fort

Evaluatie Zorginkoop Zuid-Limburg



Management Samenvatting & Leeswijzer Evaluatie Zorg-Inkoop Zuid-Limburg



VOOR OPENBAAR GEBRUIK

Datum: 13 augustus 2017
Postadres F-Fort: Orchideestraat 7,
Bezoekadres F-Fort: Vogt 21, 6422 RK, Heerlen
1e Contactpersoon: Mevr. J.B. van Berkel-Schoonen
06-20562837 / jordie@f-fort.nl
2e Contactpersoon: Mevr. K.M. Meisters-Sirks
06-29415069 / katinka@f-fort.nl
Opdrachtgever: Gemeente Maastricht
Contactpersonen: Dhr. I. Bierma & Mevr. A. Zweers
043-3504143 / ids.bierma@maastricht.nl
Postadres: Postbus 1992, 6201 BZ, Maastricht
Bezoekadres: Mosae Forum 10, 6211 DW, Maastricht

Managementsamenvatting

In de periode april tot en met juli 2017 is een objectieve evaluatie uitgevoerd door F-Fort b.v. naar zowel de samenwerking, inkoopmethodiek als bekostigingsmethodiek voor de zorginkoop in Zuid-Limburg. Terugkijken en leren van het recente verleden is daarbij even belangrijk als het formuleren van toekomstbestendige en concrete aanbevelingen, waarbij de gewenste voorzieningen en het zorglandschap in de regio in stand worden gehouden en de administratieve lasten voor gemeenten en zorgaanbieders beperkt zijn.

Om het antwoord op de zeven geformuleerde deelvragen te kunnen geven is een dossieronderzoek uitgevoerd, waarbij in totaal ruim 1.500 bladzijden bestudeerd zijn, zowel afkomstig uit de regio Zuid-Limburg als bronnen van algemene aard. Ten tweede is een data-onderzoek uitgevoerd gebaseerd op de declaraties uit de jaren 2015 en 2016. Ten derde is een veld-onderzoek uitgevoerd onder 51 respondenten, variërend van wethouders, ambtenaren, zorgaanbieders, consultants en cliëntenvertegenwoordigers op basis van de Q-sort methodologie.

Uit de onderzoeksfase zijn in totaal 41 bevindingen geformuleerd die uiteindelijk doorvertaald zijn naar zes hoofdconclusies, te weten:

1. Een diepe buiging voor alles wat in 2015 en 2016 gerealiseerd is, ondanks de grote uitdagingen waar de regio voor stond;
2. Begrijpelijke, maar onhaalbare verwachtingen;
3. Bestuurlijk aanbesteden is primair een administratief-juridische constructie;
4. De zorgmarkt als geheel bevindt zich in een eerste ontwikkelstadium;
5. Samenwerken als doel blijkt ondoelmatig;
6. Belangen en overtuigingen lopen uit elkaar en verschillen van inzicht zijn aanwezig.

Vanuit het feitelijk onderzoek is eveneens antwoord geformuleerd op de deelvraag of er een causale relatie is tussen de toename in het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en de toegenomen zorgvraag. Dit verband is slechts marginaal aanwezig en verklaart voor minder dan tien procent de totale toename van zorgkosten. Om de oorzaak van de toegenomen zorgkosten wel te verklaren, zou kritisch gekeken moeten worden naar met name de toegang, de ontwikkelingen in de toegang en het inhoudelijke zorgaanbod. Deze verdiepvragen vallen echter buiten de scope van dit onderzoek en blijven voor dit moment onbeantwoord.

Vervolgens is een validatie uitgevoerd van de onderzoeksresultaten door F-Fort. De validatie levert opnieuw zeventien bevindingen op. Ook is bij de validatie een opmaat gemaakt voor een inkoopstrategie voor Zuid-Limburg door met name de data van de zorgaanbieders van 2016 diepgaander te analyseren en te interpreteren vanuit onze eigen kennis en ervaring. Deze analyse is richtinggevend van aard, bevat adviezen en voorbeelden, waarbij de volgende stap is deze analyse te doorleven en verfijnen.

De deelvragen zijn beantwoord waarbij er 12 hoofdaanbevelingen geformuleerd zijn, als antwoord op de deelvragen, te weten:

Nr	Aanbeveling	Behorend bij deelvraag
1	Bepaal als gemeente Maastricht positie op gebied van JH, WMO en BW en stel vast van welke dienstverlening het wel en niet wenselijk is deze aan te bieden aan de samenwerkende gemeenten en onder welke voorwaarden en dit te laten vaststellen door de samenwerkende gemeenten.	a, b, c
2	Samenwerking zowel voor JH, BW als WMO praktisch vormgeven in regionale, projectmatige werkvormen op basis van thema's / inkooppakketten, zoals 1. GGZ 2. Residentieel bedden en 3. Crisishulp jeugd. Geef deze teams opdracht mee te gaan werken op een specifiek onderwerp en laat ze werken met de checklist inkoop sociaal domein. Start met maximaal drie teams om ervaring op te doen met deze werkwijze.	a, b, c
3	Bepaal de wijze van inkoop via de inkoopstrategie en checklist inkoop sociaal domein per (sub-) categorie. Differentieer en streef dus niet naar een eenduidige aanpak. Maak keuzes met welke arrangementen je begint. Maximaal drie tegelijk.	a, b, c, f
4	Verleng de overkoepelende samenwerkingsovereenkomst voor JH voor 18 gemeenten, waarbij deze expliciet beperkt wordt tot bestuurlijk aanbesteden voor een (beperkt) aantal diensten. Verwerk de verbeterpunten 4a tot en met 4c.	a

4a	Actualiseer de overeenkomst.	a
4b	Breng meer focus aan in inhoudelijke en beleidsmatige aspecten. Probeer te reduceren tot een maximum van drie inhoudelijke thema's.	a
4c	Beperk toepassingsgebied tot inkooptrajecten op basis van bestuurlijk aanbesteden. Benoem nadrukkelijk dat gemeenten vrij zijn te differentiëren in inkoopmethodiek.	a
5	Verleng de centrumregeling jeugd per 01-01-19 voor een periode van vier jaar. Verwerk de verbeterpunten 5a tot en met 5e.	a
5a	Splitsing aanbrengen tussen cafetariamodel en verplichte afname. In het cafetariamodel de eenvoudigere vormen van zorg onderbrengen, zoals ambulante, maar mogelijk ook delen van verblijf. Dit uitsplitsen per arrangement.	a
5b	Borg zowel slagvaardige besluitvorming als draagvlak. Mandaat besluitvorming bij Maastricht, bestuurlijke afstemming in stuurgroep. Besluitvorming alleen in lijn met heldere doelstellingen vastgelegd in de hoofdovereenkomst. Bouw mogelijkheid voor delegeren taken aan projectteams (aanbeveling 2).	a
5c	Zakelijker opstellen met een focus op het verzorgen van de inkoop door gemeente Maastricht voor gemeenten die deelnemen en daarbij uitwerken welke rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan welke entiteit toegekend zijn en wat de kosten daarvan zijn (verwerking resultaat aanbeveling 1).	a
5d	Stapsgewijs leerervaringen opdoen met meer lokaal ingerichte inkoop voor kleinere gemeenten op die trajecten waar dit lokaal waarde toevoegt.	a
5e	Borgen dat ongeacht het niveau van inkoop berichtenverkeer via Zorgned blijft lopen.	a
6	Sluit een Centrumregeling af voor BW en WMO op schaal van MH.	b, c
7	Neem de WMO-arrangementen volledig op in het facultatieve deel van het cafetariamodel	b
8	Kies bij BW voor meerjarige overeenkomsten tussen zorgaanbieders en gemeenten die houvast geven, zodat meerjarig aan een relatie gewerkt kan worden, zeker voor de meer specialistische arrangementen.	c
9	Blijf de arrangementen en vooral de gezamenlijke taal die hiermee gebruikt wordt hanteren de komende jaren.	e
10	Sta open voor andere werkwijzen dan de arrangementensystematiek als dat de uitkomst is van een andere inkoopstrategie of methodie. Durf te experimenteren via bijvoorbeeld pilots.	e
11	Kies in de toekomst niet per definitie voor bestuurlijk aanbesteden. Zie aanbeveling 3.	f
12	Breng meer differentiatie aan in bekostigingsmethodieken, afgeleid van de gekozen inkoopmethodiek.	g

Met het formuleren van deze twaalf hoofdaanbevelingen zijn alle onderzoeksvragen als zodanig beantwoord. Vervolgens is een Checklist inkoop sociaal domein ontwikkeld, waarbij op basis van twaalf stappen structuur aangebracht wordt in de keuzes die gemaakt dienen te worden in de regionale, projectmatige projectteams.



Figuur 1: Checklist inkoop sociaal domein (bron: Pianoo, gereviseerd door F-Fort)

Deze stappen worden vervolgens uitgewerkt en voorzien van voorbeelden. Hiermee is er een praktisch stappenplan aanwezig om mee te gaan experimenteren. Vervolgens zijn ook nog alle deelbevindingen doorgelopen, waarbij nogmaals 61 aanbevelingen geformuleerd zijn. Soms liggen deze logisch in lijn met de acht hoofdaanbevelingen. Soms raken ze hele andere zaken en zijn deze meer 'bijvangst' van het uitgevoerde onderzoek.

Het onderzoek sluit zich af met een nieuw ontwikkeld inkoopontwikkelingsmodel op maat gemaakt voor het sociaal domein. Dit ontwikkelmodel schetst een periode van tien jaar, waarmee focus aangebracht kan worden in de te nemen stappen, de volgorde daarin en de tijd die daarvoor nodig is. We hebben daarvoor gekozen voor de beeldspraak van auto's. Iedereen heeft een gevoel bij het type auto en wat daarbij past. Overigens geïnspireerd op basis van het gepassioneerde verhaal van een van onze respondenten over de Dafjesrace van afgelopen jaren. We hebben de fasen uitgewerkt naar mensen, systemen, wijze van inkoop, risico's, wijze van sturing, bekostiging, wijze van omgang met zorgaanbieders, belangrijkste uitdagingen enzovoort.

F-Fort		Inkoopontwikkelmodel sociaal domein				
						
Naam	Dafesrace	Fisherprice auto	Lesauto	Twingo	Volvo	Tesla
Periode	2015-2016	2017	2018-2020	2021-2023	2024-2025	2026 en verder
Waarden	Zorg continuïteit = centraal	Evaluatie en reflectie, heroriëntatie	Beheersbaarheid, grip, verbeteren, basis op orde	Professionaliseren	Doorontwikkelen	Voorbeeldfunctie zijn voor anderen
Fase	Uninformed enthusiastic (zekerheid)	Informed pessimism (twijfel)	Realism (neutraal)	Hopeful realism (hoop)	Informed optimism (vertrouwen)	Completion (tevredenheid)
Wijze van inkoop	Bestuurlijk aanbesteden Geen analyse inkoopdata Prijzen via ontwikkeltafels	Differentiatie via pilots op basis van checklist inkoop sociaal domein Portfolio analyse (Kraljic) Prijzen via ontwikkeltafels	Consequente toepassing checklist inkoop sociaal domein Eerste aanzet voor inkoopstrategie Prijzen via ontwikkeltafels	Inkoopstrategie per aanbesteding Portfolio analyse (Dutch Windmill) Gunning op basis van PKV	Inkoopstrategie per categorie Door-ontwikkeling inkoopstrategie Gunning op basis van TCO	Strategisch inkopen (LT-visie) LT-effecten inkoopstrategie zichtbaar Gunning op basis van LCC
Wijze van samenwerking	We gaan het samen klaren	Heroverwegen samenwerken	Samenwerken op basis van discipline	Samenwerken op basis van kwaliteit	Samenwerken op basis van bijdrage aan succes	Samenwerken op basis van bijdrage aan succes
Wijze van bekostiging	Inspanningsgerichte financiering op basis van historische tarieven	Inspanningsgericht op basis van uniforme tarieven	Outputgericht	Combinatie outputgericht en taakgericht	Taak / Prestatiebekostiging op basis van output (beschikbaarheid en/of gebruik per client)	Taak / Prestatiebekostiging op basis van outcome (kwalitatieve waardering door client)
Zorgaanbieders	Hoog aantal gecontracteerde zorgaanbieders	Reductie beheerslast	Transparante verdienmodellen/Prestatie management	Zorgaanbieders gericht betrekken bij inkoopvraagstukken	Zorgaanbieders gericht betrekken bij procesverbeteringen	Zorgaanbieders versterken waardepropositie en imago
Uitdagingen	Operationele continuïteit Geen gezamenlijke taal	Beheersbaarheid zorgkosten	Spanning beheersing en ontwikkeling	Voorkomen terugval	De juiste partners	Innovierend blijven

Figuur 2: Inkoopontwikkelmodel sociaal domein (bron: F-Fort)

Hiermee is dit onderzoek een afgerond en compleet geheel, voorzien van een paar extra's. De volgende uitdaging is de inhoud van het onderzoek intern te bespreken, keuzes te maken en de aanbevelingen om te zetten in concrete acties.

Leeswijzer

Het rapport is stevig van omvang en niet eenieder zal de tijd kunnen of willen vinden om het in zijn geheel tot zich te nemen. Daarbij zijn er twee opties:

Optie 1: Behoeftte aan compleet beeld en meer detail dan de samenvatting, echter zonder alles te hoeven lezen

- Hoofdstuk 1: als de opzet en scope van het onderzoek bij u bekend zijn en u minder waarde hecht om te weten hoe de resultaten tot stand gekomen zijn, kunt u dit hoofdstuk zonder problemen overslaan.
- Hoofdstuk 2: wij adviseren de snelle lezer, zich te beperken tot de opsomming van de belangrijkste bevindingen van het dossier-, data- en veldonderzoek. Deze zijn te vinden in paragraaf 2.1.12, 2.2.5 en 2.3.8.
- Hoofdstuk 3: wij adviseren 3.1 en 3.3 tot en met 3.8 in zijn geheel te lezen

Hiermee is deel I teruggebracht tot circa 6,5 A4 tekst.

- Hoofdstuk 4: kan desnoods teruggebracht worden tot alleen 4.10, de belangrijkste bevindingen van de validatie. Paragraaf 4.7, de opmaat naar inkoopstrategieën op maat voor ZL, raden we echter ook ten stelligste aan te lezen.
- Hoofdstuk 5: advies luidt geheel lezen, aangezien dit hoofdstuk het antwoord op de deelvragen behandelt, evenals de aanbevelingen op basis van de belangrijkste bevindingen. Indien verdere inperking gewenst is kan dat door 5.6 en 5.7 achterwege te laten en te beperken tot 5.1 tot en met 5.5, aangevuld met 5.8

Hiermee is deel II teruggebracht tot minimaal 11,5 en maximaal 32 A4 tekst.

De bijlagen dienen slechts ter onderbouwing en hoeven in zijn geheel niet gelezen te worden.

Optie 2: Vooral op zoek naar praktische handvatten en concreet advies

Als u als lezer vooral op zoek bent, naar praktische handvatten en concrete invulling van het advies en mogelijke nieuwe werkwijze hoe alles in te richten, dan valt dat enigszins buiten de scope van dit onderzoek. De onderzoeksvragen zijn primair gericht op de vraag naar wat de beste werkwijze en keuzes voor de toekomst zijn, waarin we voor de beantwoording gekozen hebben om de door ons gegeven antwoorden te plaatsen in een bredere context en verdieping te zoeken in de waarom-vragen. Dit leidt in het algemeen tot zowel een hogere kwaliteit als tot een hogere acceptatie van een advies. Desalniettemin hebben we gepoogd ook de lezers die op zoek zijn naar de hoe-antwoorden, wat bleek uit verkregen feedback, zoveel mogelijk ter wille te zijn. Wij raden hen aan alleen de managementsamenvatting te lezen, aangevuld met paragraaf 4.7 (opmaat naar inkoopstrategieën voor ZL), paragraaf 5.6 (checklist inkoop sociaal domein) en paragraaf 5.7 (transformatiepad).

Hiermee is de te lezen omvang teruggebracht tot 26 A4 tekst.



Deel I

Evaluatie Zorg-Inkoop Zuid-Limburg



Inleiding

Voor u ligt een omvangrijk rapport. Het is een foto van het zorglandschap van 2015 en 2016 in Zuid-Limburg. Het zijn de tussentijdse resultaten van het onderzoek naar de evaluatie van de afgelopen jaren. Wat in deze versie ontbreekt, zijn de validatie en de adviezen voor de toekomst. Dit is een bewuste keuze.

De reden dat we dit rapport in tweeën knippen, is meerledig. Allereerst willen we toetsen of dat wat we gehoord en gezien hebben, feitelijk juist is. Belangrijker nog vinden wij dat wij u in staat willen stellen de resultaten van dit onderzoek tot u door te laten dringen. Resultaten worden rijker als er 'land'-tijd is. Een moment van stilstaan, bezinning en evaluatie is van bijzondere toegevoegde waarde, zeker in een context waar zo veel gebeurd is, als de afgelopen jaren in uw werkgebied. We vragen u om samen met ons te beginnen met zo scherp mogelijke conclusies te trekken, met als doel dezelfde foto scherp op het netvlies van ons allen te krijgen. Wij willen u dan ook uitdagen niet direct in dialoog te gaan over de betekenis en de adviezen voor de toekomst die hieruit voortvloeien.

Het eerste hoofdstuk betreft de opzet van het onderzoek. De deelvragen die aan ons gesteld zijn. De afbakening van ons onderzoek en ons stappenplan. Een toelichting op en verantwoording van de methodieken die wij ingezet hebben om dit onderzoek uit te voeren. Tenslotte stellen we onszelf aan u voor.

Het tweede hoofdstuk betreft de resultaten van het onderzoek, te starten met het bureau-onderzoek in paragraaf 2.1. Voor degenen die de afgelopen jaren in het Sociaal Domein in Zuid-Limburg gewerkt hebben, staat hier mogelijk weinig nieuws in. Toch kwamen we er ook tijdens ons onderzoek achter, dat niet alles zo vanzelfsprekend is, als we soms geneigd zijn te denken. Vragen waarvan wij dachten dat ze makkelijk te beantwoorden waren, bleken discussie op te roepen en soms zelfs tegenstrijdige antwoorden op te leveren. Taal is niet altijd eenduidig en geen garantie voor hetzelfde begrip aan twee zijden van de tafel. We hebben geprobeerd zo toegankelijk mogelijk een totaalplaatje te schetsen van de context, relevante wet- en regelgeving en de wijze waarop de zorginkoop afgelopen jaren ingericht is binnen Zuid-Limburg.

Paragraaf 2.2 brengt u bij de feitelijke kengetallen. Hoeveel zorgaanbieders hebben daadwerkelijk zorg geleverd? Wat zijn de grootste stijgers en dalers geweest? Hoeveel nieuwe toetreders zijn er geweest? En hoe verhoudt zich dit in relatie tot de totale spend? Is de zorgvraag toegenomen of afgenomen? Idem voor cliëntaantallen en aantal arrangementen. Hoe hoog waren de uitvoeringskosten? Na het lezen van deze paragraaf kent u het antwoord op deze vragen.

Paragraaf 2.3 brengt u bij de uitkomsten van het veldonderzoek onder 51 respondenten. Het geeft u inzage in de gemiddelde tevredenheid en duidt de verschillen tussen belangrijke stakeholders. Het laat zien over welke zaken makkelijk overeenstemming bereikt kan worden en waar mogelijk zelfs een conflict kan ontstaan. Het geeft inzage in de zes profielen die uw samenwerking versterken en biedt naast een kwantitatieve onderbouwing ook een kwalitatieve toelichting die de cijfermatige analyse nuanceert. Deze paragraaf sluit af met uw wensen. Wat zijn de zaken waar u echt heel enthousiast van zou worden? Wat hoopt u nu, al het andere loslatend, echt dat er zal gebeuren? Of waar ligt u wakker van?

Alle drie de paragrafen van hoofdstuk twee eindigen met een opsomming van deelconclusies. In hoofdstuk drie formuleren we de hoofdconclusies op basis van dit bovenstaande, waarbij we onze eigen ervaring en expertise mee hebben laten wegen. Ook geven we in dit hoofdstuk antwoord op één van de deelvragen uit dit onderzoek: of er een causale relatie is tussen het toegenomen aantal gecontracteerde zorgaanbieders en de toegenomen zorgvraag. Een tipje van de sluier: welnu die causale relatie is slechts van marginale betekenis!

We wensen u namens het projectteam van F-Fort veel leesplezier en inzicht toe,

Jordie van Berkel-Schoonen

Inhoudsopgave

Inleiding	2
Inhoudsopgave.....	3
1 Onderzoeksverantwoording	4
1.1 Onderzoeksvraag en afbakening	4
1.2 Stappenplan	5
1.3 Dossier-, data- en veldonderzoek.....	5
1.4 Onderzoeksteam	5
1.5 Afkortingen.....	6
2 Resultaten.....	7
2.1 Inrichting zorglandschap Zuid-Limburg: resultaten dossieronderzoek.....	7
2.1.1 De start in 2015	7
2.1.2 Meest relevante wettelijke kaders.....	8
2.1.3 Beleidsuitgangspunten	9
2.1.4 Inrichting samenwerking en besluitvorming	12
2.1.5 Contracten en overeenkomsten	13
2.1.6 Rijksinkomsten	14
2.1.7 Bekostigingsmethodiek/financieringsvormen	17
2.1.8 Inkoopmethodiek	18
2.1.9 Arrangementen systematiek	19
2.1.10 Administratieve last bij zorgaanbieders en gemeenten	20
2.1.11 Verbeteradviezen in de periode tot 2017.....	20
2.1.12 Belangrijkste bevindingen dossier-onderzoek.....	22
2.2 Kengetallen en trends: resultaten uit het data-onderzoek	22
2.2.2 Zorgaanbieders.....	26
2.2.3 Cliënten	29
2.2.4 Arrangementen.....	31
2.2.5 Belangrijkste bevindingen data-onderzoek.....	34
2.3 Q-sort: resultaten uit het veldonderzoek.....	35
2.3.1 Respondenten (P-Set)	35
2.3.2 Resultaten openingsvragen.....	36
2.3.3 Bevindingen van de Q-sort	39
2.3.4 Profielen voor zorginkoop in Zuid-Limburg	40
2.3.5 Verschillen tussen de zes profielen	42
2.3.6 Resultaten afsluitende interviewvragen	43
2.3.7 Uw dromen, wensen en behoeften.....	49
2.3.8 Belangrijkste bevindingen veldonderzoek	52
3 Conclusies uit dossier-, data- en veldonderzoek.....	53
3.1 Causale relatie aantal zorgaanbieders en toegenomen zorgvraag (deelvraag d)	53
3.2 Onze verwondermomenten	54
3.3 Hoofdconclusie 1: Een diepe buiging	55
3.4 Hoofdconclusie 2: Begrijpelijke, maar onhaalbare verwachtingen	55
3.5 Hoofdconclusie 3: Bestuurlijk aanbesteden is primair een administratief-juridische constructie	56
3.6 Hoofdconclusie 4: De zorgmarkt als geheel bevindt zich in een eerste ontwikkelstadium	56
3.7 Hoofdconclusie 5: Samenwerken als doel blijkt ondoelmatig.....	57
3.8 Hoofdconclusie 6: Belangen en overtuigingen lopen uit elkaar	57

1 Onderzoeksverantwoording

1.1 Onderzoeksvraag en afbakening

De overkoepelende onderzoeksvraag is het uitvoeren van een objectieve evaluatie van zowel de samenwerking, inkoopmethodiek als bekostigingsmethodiek voor de zorginkoop in Zuid-Limburg. Terugkijken en leren van het recente verleden is daarbij even belangrijk als het formuleren van toekomstbestendige en concrete aanbevelingen, waarbij de gewenste voorzieningen en het zorglandschap in de regio in stand worden gehouden en de administratieve lasten voor gemeenten en zorgaanbieders beperkt zijn.

Het onderzoek omvat de volgende deelvragen:

- a. Onderzoek naar de wijze van inkoop en daarbij passende samenwerkingsvorm voor de jeugdzorg voor de periode na 01-01-2019. Hierbij zal worden ingegaan op de besluitvormingsstructuur en mogelijke verbeteringen hierin en het al dan niet vervolgen van de Centrumregeling Jeugdzorg ZL. Bij de uitwerking zal de invulling van het strategisch partnerschap voor de Jeugdzorg, zoals dat nu wordt uitgewerkt in het kader van de transformatie-agenda, worden meegenomen;
- b. Onderzoek naar de wijze van inkoop WMO en de daarbij passende samenwerkingsvorm voor de periode na 01-01-2018;
- c. Onderzoek naar de wijze van inkoop Beschermd Wonen en daarbij passende samenwerkingsvorm voor de periode na 01-01-2020, rekening houdend met de mogelijke beëindiging van de aanwijzing van de gemeente Maastricht als centrumgemeente voor Beschermd Wonen voor MH/ Westelijke Mijnstreek door het Rijk. Daarbij te betrekken de al aangegeven voorkeur van de huidige deelnemende gemeenten om dit vanaf 2020 op MH schaal in te kopen;
- d. Onderzoek of en zo ja welke causale relatie bestaat tussen het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en de toegenomen zorgvraag;
- e. Werking en effecten van de arrangementensystematiek in relatie tot de gewenste inkoopmethode en de regievoering van de deelnemende gemeenten op de langere termijn;
- f. De vraag of bestuurlijk aanbesteden ook naar de toekomst de meest gewenste/adequate inkoopvorm is, waarbij tevens de juridische aspecten bij het eventueel beperken van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders dient te worden meegenomen;
- g. Een beoordeling van de meest gewenste-adequate-haalbare financieringsvorm die met de voorgestelde inkoopvorm wordt nagestreefd, waarbij tevens de vraag wordt betrokken of dit voor alle thans gecontracteerde arrangementen dient te gelden c.q. of hierin gedifferentieerd dient te worden.

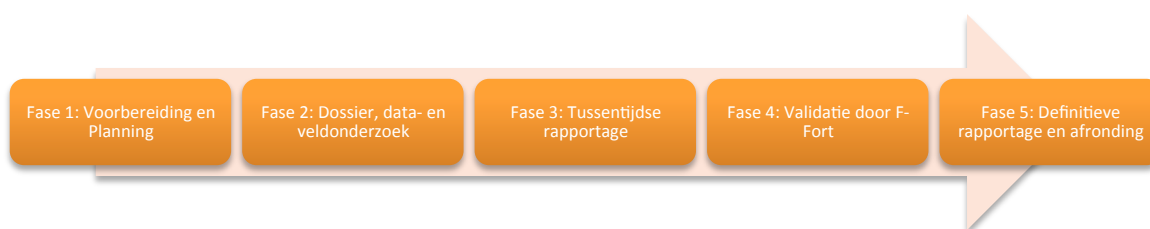
Dit onderzoek is nadrukkelijk géén evaluatie van het zorglandschap zelf, de inrichting van het zorglandschap en alle daarmee gepaard gaande vraagstukken. Daarmee laten we ook aanpalende vraagstukken buiten beschouwing, zoals bijvoorbeeld:

- De verhoudingen en gewenste balans tussen PGB, subsidie en inkoop;
- Hoe om te gaan met mantelzorgers in relatie tot professionele zorgaanbieders;
- Hoe om te gaan met burgerinitiatieven en vrijwilligersorganisaties in relatie tot professionele zorgaanbieders;
- Verdelingsvraagstukken van schaarse middelen vormen een politiek thema en geen onderdeel van dit onderzoek;
- Beleid Sociaal Domein is geen onderdeel van dit onderzoek, maar kan van groot belang zijn voor vragen als:
 - o hoe ruimhartig en gul wilt u zijn naar uw burgers,
 - o de beleids-/uitvoeringsruimte rondom eigen bijdrages
 - o hoe stelt u diagnoses/indicaties
 - o wat is uw visie op de regie van de cliënt zelf

1.2 Stappenplan

Dit onderzoek is uitgevoerd in vijf onderzoeksfases (zie figuur 1):

- **Fase 1 - Voorbereiding en Planning:** Kennis maken, plannen van afspraken, in kaart brengen van risico's en stakeholders, zorgdragen voor toegang tot locaties en documenten en start met verzamelen van ruwe data.
- **Fase 2 - Dossier-, data- en veldonderzoek:** Het feitelijke analysewerk - door middel van grondig onderzoek hebben we een 'foto' gemaakt van de periode 2015-2017.
- **Fase 3 - Tussentijdse rapportage:** Presentatie van de resultaten die we letterlijk gezien hebben in ons dossier-, data- en veldonderzoek. We zullen deze resultaten toetsen en waar nodig bijstellen.
- **Fase 4 - Validatie door F-Fort:** Aan de resultaten zoals opgehaald uit het dossier-, veld- en data-onderzoek in Zuid-Limburg, voegen we relevante kennis en ontwikkelingen toe vanuit andere bronnen. We gaan over tot interpretatie, formuleren antwoorden op de onderzoeksvragen en zullen aanbevelingen formuleren.
- **Fase 5 - Definitieve rapportage en afronding:** Presentatie van definitieve resultaten, validatie en aanbevelingen. Evaluatie en afronding.



Figuur 1: Stappenplan Evaluatie Zorginkoop Zuid-Limburg

1.3 Dossier-, data- en veldonderzoek

In ons dossieronderzoek hebben we gebruik gemaakt van zowel bronnen afkomstig uit de regio Zuid-Limburg, als algemene bronnen. In totaal hebben we ruim 800 bladzijden bestudeerd alleen voor de bronnen uit Zuid-Limburg. De algemene bronnen komen pas aan bod in fase vier. Een overzicht is opgenomen als bijlage 1. De belangrijkste uitgangspunten en feiten zijn uitgewerkt in dit rapport, en verwerkt tot een logisch geheel dat zelfstandig gelezen kan worden.

Voor het dataonderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die zorgaanbieders hebben aangeleverd aan de afdeling Inkoop van gemeente Maastricht. En voor het veldonderzoek hebben we gebruik gemaakt van de Q-Sort methode waarbij we in staat zijn om zowel kwantitatief als kwalitatief te analyseren.

Verdere toelichting en verantwoording van de wijze waarop we invulling hebben gegeven aan fase twee is opgenomen in bijlage 1.

1.4 Onderzoeksteam

Dit onderzoek is uitgevoerd door een multidisciplinair team. Wij laten hierbij verschillende specialisten met andere opleidings- en ervaringsachtergrond intensief met elkaar samenwerken om gezamenlijk tot resultaat te komen. Naast het onderzoeksteam zelf is voor de technische analyse van het veldonderzoek dankbaar gebruik gemaakt van de diensten van dr. M. Suprpto, verbonden aan de TU Delft, al ruim tien jaar gespecialiseerd in de Q-sort methodologie.

Drs Jordie van Berkel-Schoonen

- Transformatie inkoopfunctie gemeente Helmond, inclusief sociaal domein
- Inkoop expert (o.a. auteur, winnaar NL Inkoopprijs, CPO)
- Oprichter / eigenaar F-Fort
- Rol in ons team: Sr projectleider, dossier- en veldonderzoek, overall visie, validatie, afstemming, presentatie



Ing Cees Bongenaar

- 10 jaar reclassering en verslavingsreclassering
- 3 jaar gehandicaptenzorg en jeugdzorg
- 2,5 jaar vluchtelingenwerk
- Business partner F-Fort
- Rol in ons team: Data-onderzoek, bekostigingsmethodieken en kritische blik vanuit zorgvragers



Jessica van Hees MPM

- 7 jaar leidinggevende zorg
- Zorgmanager internationaal ziekenhuis
- 3 jaar manager bedrijfsvoering
- Q-sort specialist
- Sr consultant / project manager F-Fort
- Rol in ons team: Dossier- en veldonderzoek, analyse en interpretatie



Ir Wido Bijmakers

- 10 jaar beleidsmedewerker jeugd
- 1,5 jaar beleidsadviseur sociaal domein
- 1 jaar senior inkoper sociaal domein
- Business partner F-Fort
- Rol in ons team: Dossier- en veldonderzoek, analyse, interpretatie en kritische blik vanuit (inkoop) sociaal domein



Katinka Meisters – Sirks

- Back-office ondersteuning projectteam
- All-round office manager F-Fort

Een verdere toelichting op de ervaring en expertise van de teamleden is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Afkortingen

3D	3 Decentralisaties
AO	Ambtenaren Overleg
BW	Beschermd Wonen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DVO	Dienst Verlenings Overeenkomst
IUSD	Integratie Uitkering Sociaal Domein
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg
JB/JR	Jeugd Bescherming / Jeugd Reclassering
JH	Jeugdhulp
LCC	Life Cycle Costing
MH	Maastricht Heuvelland
MVI	Maatschappelijk Verantwoord Inkopen
PGB	Persoons Gebonden Budgetten
SEH	Spoed Eisende Hulp
SRE	Samenwerkingsovereenkomst Regio Eindhoven
TCO	Total Cost of Ownership
WGR	Wettelijke Gemeentelijke Regeling
WM	Westelijke Mijnstreek
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZIN	Zorg in Natura
ZL	Zuid-Limburg
ZOB	Zuid-Oost Brabant

2 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft een ‘foto’ van het zorglandschap in de periode 2015-2017. Hoe zit de inrichting nu in elkaar en hoe is de huidige inrichting tot stand gekomen? Onderdeel van deze foto zijn evaluatie- en verbeterpunten en wensen van belanghebbenden voor zover relevant in relatie tot de onderzoeksvraag. Wij presenteren u de resultaten van ons dossier-, data- en veldonderzoek en sluiten iedere paragraaf af met een opsomming van de belangrijkste bevindingen.

2.1 Inrichting zorglandschap Zuid-Limburg: resultaten dossieronderzoek

2.1.1 De start in 2015

Per 2015 hebben gemeenten grote verantwoordelijkheden gekregen binnen het sociale domein. Men spreekt vaak over de 3D's, hetgeen staat voor de drie decentralisaties:

- a. WMO (nieuwe taken)
- b. Participatiewet
- c. Jeugdwet

Ad a) De AWBZ is per 1 januari 2015 in tweeën gesplitst. Deels in de Wet Langdurige Zorg (WLZ) welke niet tot de verantwoordelijkheid van gemeenten behoort. Deels in de WMO en Zorgverzekeringswet waarvan de eerstgenoemde wel onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt. Dit betreft de ondersteuning en begeleiding van hun inwoners, inclusief Beschermd Wonen.

Ad b) Het doel van de Participatiewet is mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt aan het werk te krijgen. Gemeenten zijn hier per 1 januari 2015 voor verantwoordelijk geworden en krijgen hiervoor een aantal instrumenten in handen als loonkostensubsidie en beschut werk. Ook worden er afspraken gemaakt over extra banen.

Ad c) Gemeenten hebben per 1 januari 2015 de plicht om jeugdhulp te organiseren voor kinderen tot 18 jaar die dat nodig hebben. Hieronder valt zorg als veilig thuis, crisishulp, jeugdreclassering, ondersteuning bij dyslexie, ondersteuning bij opvoed- en opgroei problemen, zorg voor licht verstandelijk beperkten en jeugd-GGZ.

De Participatiewet behoort niet tot de scope van ons onderzoek.

De 3D's leidden tot nieuwe taken en verantwoordelijkheden voor gemeenten en tegelijk werden er door de Rijksoverheid forse (bezuinigings-)taakstellingen aan gekoppeld. Dit alles ging in hoog tempo, waarbij veel gemeenten op 1 januari 2015 onvoldoende inzicht hadden in wat er op hun afkwam en zoekende waren op allerlei gebieden. De overgang is complex gebleken en deze onzekere periode is gepaard gegaan met diverse vraagstukken. Waar in eerste instantie het vraagstuk van de zorgcontinuïteit van belang was, kwamen al snel vragen naar voren als hoe invulling te geven aan opdrachtgeverschap, op welke wijze gaan we producten en dienstverlening inkopen, hoe houden we het zorgdomein beheersbaar, zonder daarbij kwaliteit uit het oog te verliezen en waar begint en stopt de rol van gemeenten op gebied van zorginkoop?

In de meeste dossiers over de 3D's wordt onderscheid gemaakt tussen de begrippen transitie en transformatie. Met *transitie* wordt meestal de feitelijke transitie van wet- en regelgeving bedoeld die zorgt voor stelselwijzigingen. Het achterliggende doel van deze stelselwijzigingen van centrale naar lokale overheid is (zo zelfstandig mogelijke) deelname aan de maatschappij voor iedereen mogelijk te maken. Daarbij komt de zorg dichterbij de mensen te staan en is er volop ruimte voor (lokaal) maatwerk. Met *transformatie* wordt gedeut op de diepgaandere verandering die nodig is om dit alles mogelijk te maken. Deze verschuiving binnen het zorglandschap vraagt een andere samenwerking tussen zorgprofessionals, (lokale) overheid, cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers.

Voor het Sociaal Domein als geheel is het jaar 2015 als transitiejaar aangemerkt en de periode 2016-2018 als transformatieperiode. In het transitiejaar was de focus het borgen van operationele continuïteit voor de zorgvragers. In de transformatieperiode moeten de structurele hervormingen en decentralisaties in het Sociaal Domein verankerd worden.

Naast bovengenoemde transitie en transformatie, gaat het om de kanteling naar een participatie samenleving: een samenleving waarin mensen meedoen naar vermogen, waarin we omkijken naar elkaar en waarin zorg en ondersteuning beschikbaar zijn voor mensen die dat nodig hebben.

2.1.2 Meest relevante wettelijke kaders

Voor dit onderzoek zijn de meest relevante wettelijke kaders:

Wet Maatschappelijke Ondersteuning: Gemeenten moeten er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De gemeente geeft ondersteuning thuis via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Officieel heet deze wet WMO 2015. Hiermee zijn gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat bijvoorbeeld om:

- begeleiding en dagbesteding;
- ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten;
- een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis
- opvang in geval van huiselijk geweld en mensen die dakloos zijn.

Iedere gemeente organiseert de toegang tot deze ondersteuning op zijn eigen manier. Sommige gemeenten kiezen voor het WMO-loket. Veel gemeenten kiezen voor sociale wijkteams waar mensen terecht kunnen met hun hulpvraag. Wat het wijkteam precies doet, verschilt per gemeente.

De gemeente kan onder voorwaarden een persoonsgebonden budget (PGB) geven. Met een PGB kan de cliënt de ondersteuning zelf kiezen en inhuren. Het geld komt niet op de eigen rekening. De Sociale Verzekeringsbank zorgt voor de betaling.

Jeugdwet: Gemeenten hebben een jeugdhulpplicht. In de Jeugdwet staat dat de gemeente verantwoordelijk is voor jeugdhulp en de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. Indien dat nodig is, treft de gemeente een individuele voorziening, die vaak betrekking zal hebben op meer gespecialiseerde zorg. Het is aan de gemeente om te bepalen welke hulp vrij toegankelijk is en welke hulp een individuele voorziening is.

De Jeugdwet vervangt niet alleen de Wet op de jeugdzorg, die tot 2015 geldig was, maar ook de verschillende andere onderdelen van de jeugdzorg die onder de Zorgverzekeringswet (geestelijke gezondheidszorg voor jongeren) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugd) vielen. Ook de jeugdbescherming en jeugdreclassering maken onderdeel uit van de wet.

Op grond van de Jeugdwet hebben gemeenten de verplichting:

1. Een beleidsplan op te stellen
2. Voldoende zorg te regelen (inkoop)
3. De toegang tot die zorg te regelen

Vanwege de focus van ons onderzoek, is het goed ook de aanbestedingswet te benoemen en kort toe te lichten welke betekenis deze heeft voor het sociale domein. De jeugdhulp valt bijvoorbeeld onder het nieuwe regime van 'sociale en specifieke diensten' in de Aanbestedingswet. Met de implementatie van de nieuwe aanbestedingsrichtlijnen in de gewijzigde Aanbestedingswet is per 1 juli 2016 het oude 2B-regime komen te vervallen.

Europese aanbestedingswet: Het belangrijkste doel van de Europese aanbestedingsregels is het stimuleren van één interne markt voor overheidsopdrachten binnen de Europese Unie (EU). Dit moet bedrijven meer kans op opdrachten geven. Grondbeginselen van de Europese aanbestedingswet zijn transparantie, gelijkheid, proportionaliteit en non-discriminatie ten behoeve van het stimuleren van een eerlijke marktwerking en het verantwoord omgaan met toegekend belastinggeld.

Overheidsorganisaties kunnen verschillende aanbestedingsprocedures toepassen. Hierin staat hoe organisaties de aanbestedingen moeten aankondigen. Ook staat erin waar ondernemers aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een overheidsopdracht.

De gewijzigde Aanbestedingswet 2012 geldt vanaf 1 juli 2016 voor alle aanbestedingen door (semi-) publieke instellingen in Nederland en dus ook voor gemeenten. Met deze nationale wet geeft Nederland invulling aan de Europese richtlijnen voor aanbesteden.

In de artikelen 2.38 en 2.39 van de Aanbestedingswet zijn specifieke voorschriften opgenomen die gelden voor de sociale en specifieke diensten (waaronder ook zorginkoop valt). Deze artikelen zijn alleen van toepassing indien de waarde van de opdracht de drempelwaarde van €750.000 overschrijdt. Een aankondiging (of een vooraankondiging) en een gunningsbericht zijn bij deze procedure verplicht. In de aankondiging moeten onder meer de technische specificaties van de opdracht zijn opgenomen. Daarbij moeten ook de hoofdkenmerken van de gunningsprocedure worden toegelicht. De gegunde opdracht moet worden gepubliceerd op TenderNed.

Gemeenten hebben daarnaast te maken met de Gids Proportionaliteit en moet de wijze van inkopen passen binnen het eigen inkoop- en aanbestedingsbeleid van de gemeenten. Ook zijn gemeenten naast de algemene beginselen van behoorlijk bestuur gebonden aan de aanbestedingsrechtelijke beginselen van non-discriminatie, gelijke behandeling, transparantie en proportionaliteit. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat de gevolgde procedure voor iedereen duidelijk en transparant moet zijn. Het gelijkheidsbeginsel houdt onder andere in dat de ene jeugdhulpaanbieder niet meer informatie mag krijgen dan de andere. En proportionaliteit betekent dat er een gezonde balans is tussen de inspanning die geleverd moet worden cq eisen die gesteld worden, gerelateerd aan de omvang van de opdracht.

De Aanbestedingswet 2012 bepaalt met betrekking tot diensten voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening dat daarop de procedure voor sociale en andere specifieke diensten wordt toegepast, tenzij de aanbestedende dienst anders besluit. Een goede motivering hiertoe zou kunnen zijn, dat er wel sprake is van grensoverschrijdend belang (niet ondenkbaar in Zuid-Limburg) of dat gekozen wordt voor het hanteren van de Aanbestedingswet ter bevordering van transparantie en marktwerking.

2.1.3 Beleidsuitgangspunten

In verschillende stukken en op diverse schaalniveaus zijn er in de regio ZL beleidsuitgangspunten vastgelegd. Wat deze met elkaar gemeen hebben, is dat er forse ambities liggen. Veel van die ambities zijn in tal van stukken - net weer op een iets andere wijze - belicht. De beleidsstukken zijn met name richtinggevend van aard. Op het gebied van wijze van inrichting hebben we minder kunnen herleiden. Mogelijk is dit te verklaren omdat begin 2015 onmiddellijk sprake was van een druk om over te gaan naar verrichten. Ook is er geen sprake van een duidelijk integraal beleidsplan, waarin de voornaamste beleidsuitgangspunten vastgelegd zijn.

De documentatie die we bestudeerd hebben zijn:

- Alle relevante collegenota's uit de periode 2014-2017
- Beleidskader WMO Raadsversie 2015
- B2 Toekomstagenda sociaal domein MH
- Inkoop- en aanbestedingsbeleid gemeente Maastricht
- Uitvoeringsplan Jeugd 2015
- Programmalijn Jeugdhulp ZL
- Transformatieagenda

Hieronder een uiteenzetting van de belangrijkste elementen als rode draad uit de diverse beleidsstukken.

Op het hoogste niveau hebben we de toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht-Heuvelland aangetroffen. Deze is in december 2015 gepubliceerd en het resultaat van een intensief samspraaktraject met ruim 175 mensen: inwoners van Maastricht-Heuvelland, bestuurders en raadsleden van de zes gemeenten, cliënten- en adviesraden en mensen die werkzaam zijn in het

Sociaal Domein. Ervaringen, de gewenste Verbeteringen en de mogelijkheden om te Innoveren in het Sociaal Domein wordt geduid met de zogenaamde EVI-aanpak. Het stuk is geen statisch verhaal, maar een droom over 2022 en hoe daar te belanden. De kern van de droom is de droom van een krachtige netwerksamenleving in 2022 waar iedere individu zich onderdeel van voelt, waar mensen zeggenschap hebben, we met elkaar denken, praten en handelen in oplossingen en de gemeente niet meer dan een ondersteunende rol invult. Niet de macht van de regels, niet de macht van de markt, maar de macht van de samenleving staat centraal. Hierbij zijn de volgende vier doelstellingen geformuleerd voor 2016 en 2017:

1. De individuele eigen kracht in de samenleving wordt versterkt.
2. De collectieve eigen kracht in de samenleving wordt versterkt.
3. In onze samenleving staan de burger en zijn directe omgeving centraal, niet het systeem.
4. We blijven mensen ondersteunen die tijdelijk of permanent geen regie over hun eigen leven kunnen voeren en/of een chronische beperking hebben.

Deze doelstellingen zijn vervolgens uitgewerkt in concrete acties, welke uitgewerkt zijn in de toekomstagenda zelf.

In 2014 hebben de gemeenten in de subregio Maastricht-Heuvelland besloten, de gemeentelijke regie- en opdrachtgeverrol volgens de volgende beleidsuitgangspunten vorm te geven:

- a. Een open en transparant proces om te komen tot een samenwerkingsovereenkomst tussen gemeenten en zorgaanbieders;
- b. Op basis hiervan is een meerjarige dienstverleningsovereenkomst aangegaan. De nadruk ligt op het kunnen bieden van (continuïteit in) zorg en ondersteuning door het aangaan van langdurige, constructieve relaties met alle partners in de keten in het zorgdomein vanuit de overtuiging dat we elkaar nodig hebben;
- c. De vraag van de burger staat centraal, niet het aanbod van zorgaanbieders;
- d. En als gevolg daarvan wordt maatwerk gevraagd;
- e. Een open markt: gedurende het traject van Bestuurlijk Aanbesteden (2015-2017) kunnen nieuwe zorgaanbieders en nieuw aanbod in aanmerking komen voor een DVO met gemeenten;
- f. De gemeente voert de regie op inhoud(elijke vernieuwing), geld en uitvoering: de gemeente wil graag zelf aan het roer staan tijdens de transformatieperiode vanuit onvervreembare wettelijke verantwoordelijkheden, vanuit beleidsmatige transformatieambities en vanuit risicobeheersing;
- g. De regie vindt plaats op basis van 1 gezin 1 plan 1 regisseur (1G1P1R) met behulp van de toegangsteams;
- h. Regie in de vorm van geclausuleerd vertrouwen ('high trust, high penalty');
- i. Van inputfinanciering (2015) naar resultaatfinanciering (uiterlijk in 2018);

Deze uitgangspunten hebben onder andere hun vertaling gekregen in het bestuurlijk aanbesteden, en vanuit deze systematiek zijn er weer belangrijke uitgangspunten bij gekomen:

- j. We hanteren een kwaliteitskader op hoofdlijnen, zonder specifieke uitwerkingen;
- k. Op cliëntniveau bepaalt de toegang samen met de cliënt wat de doelen zijn en wat voor soort hulp en ondersteuning nodig is;
- l. De cliënt heeft keuzevrijheid om te bepalen welke aanbieder gekozen wordt;
- m. De aanbieder bepaalt zelf hoeveel en welke hulp en ondersteuning binnen een arrangement geleverd wordt uitgaande van de doelen zoals geformuleerd tussen cliënt en toegang;
- n. Essentieel in dit model is dat de aanbieder de hulp en ondersteuning die gefinancierd wordt door de arrangementsprijzen zelf naar eigen inzicht verdeelt over zijn cliënten. Het uitgangspunt is dat de aanbieder die inschatting beter kan maken dan het toegangsteam;
- o. De individuele gemeenten kunnen sturen doordat ze hun eigen toegang organiseren. Het aantal doorverwijzingen van die teams bepaalt (grotendeels) de geleverde hulp en ondersteuning en de kosten voor elke gemeente;
- p. Verschillende aanbieders krijgen uiteindelijk, dit vergt enkele jaren doorlooptijd, voor dezelfde hulp en ondersteuning ook hetzelfde betaald;

- q. Realisatie moet binnen de beschikbare budgetten en op basis van reële zorgtarieven.

Al met al een hele reeks aan uitgangspunten die samenhangen met de gemeentelijke regierol. Deze uitgangspunten zijn nog steeds valide voor het Sociaal Domein in Zuid-Limburg.

Daarnaast resteren er meer inhoudelijke beleidsuitgangspunten op gebied van de transformatie van het Sociaal Domein welke we als volgt kunnen duiden:

Inhoudelijk

- Maatschappelijke participatie naar vermogen. Hierbinnen is economische zelfstandigheid topprioriteit.
- Een fundamentele transformatie van de organisaties in het sociale domein gericht op een optimaal maatschappelijke rendement van de beschikbare budgetten.
- Het sociale domein kent vier dimensies: 1) gewoon meedoen 2) versterken 3) ondersteunen en 4) overnemen. Zo weinig mogelijk mensen komen terecht in de derde en vierde dimensie. Waar dat toch gebeurt, zorgen partijen voor een vorm van ondersteuning, die erop is gericht dat de burger zo snel en zo ver mogelijk weer zelfstandig in het gewone leven mee kan doen.

Strategisch

- Burgerkracht en actief burgerschap is fundamenteel: burgers worden in positie gebracht om hun eigen plannen te maken en te regisseren, waarbij burgers waar mogelijk (co-)producent van de oplossing van hun vraag/probleem zijn.
- Het uitgangspunt 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur is leidend voor het Sociaal Domein.
- Publieke (algemene) voorzieningen worden maximaal vrij toegankelijk vormgegeven. Alleen waar nodig wordt doorverwezen, alleen in bijzondere gevallen op indicatie.
- De gemeente voert de regie op de transitie en de transformatie van het Sociaal Domein en kan daarbij een gedifferentieerd instrumentarium inzetten.

Organisatorisch:

- Centraal in de nieuwe aanpak staat een nieuw in te richten 1e lijn door het werken met sociale teams. Op basis van landelijke ervaringsgegevens en de eigen ervaringen uit de pilots en proeftuinen kan de inrichting van deze eerste lijn aangepast worden. Onder verwijzing naar overweging of in de considerans wordt hierbij van alle partijen de hiervoor noodzakelijke flexibiliteit verwacht.
- De bestaande front offices van aanbieders gaan (deels) op in deze nieuwe 1e lijn. Ook gemeentelijke diensten kunnen (geheel of gedeeltelijk) opgaan in deze nieuwe 1e lijn.
- Aanbieders van langer durende ondersteuning, waaronder de gemeenten, organiseren zich gebiedsgericht.
- Aanbieders ontwikkelen zoveel mogelijk collectieve voorzieningen in plaats van individuele maatwerkvoorzieningen.

Financieel:

- De transitie en transformatie van het Sociaal Domein vindt plaats binnen de beschikbare rijksmiddelen.
- Een structureel krimpend totaalbudget voor het Sociaal Domein dwingt partijen tot een verschuiving van de middelen van individueel maatwerk naar collectieve voorzieningen op basis van burgerkracht, basisvoorzieningen, 1e lijn/Sociaal Team.

Tenslotte willen we het inkoop- en aanbestedingsbeleid van gemeente Maastricht kort benoemen. Het beleid dateert van 2012 en zou geactualiseerd moeten worden. Het vigerende inkoop- en aanbestedingsbeleid omvat beleidsuitgangspunten op ideëel, economisch, juridisch, organisatorisch en ethisch gebied. Op ideëel gebied benoemt het duurzaamheid en stimuleren van arbeidsmogelijkheden. Op economisch gebied benoemt het efficiënt en effectief besteden van publieke middelen, stimuleren van het regionaal bedrijfsleven en het bevorderen van inkoop samenwerking, mits gedreven uit volume, kennis of capaciteit. Op juridisch gebied benoemt het beleid naleving van de Europese wet- en regelgeving. Op organisatorisch gebied benoemt het

beleid een passende uitoefening van de inkoopfunctie.

Het inkoop- en aanbestedingsbeleid van gemeente Maastricht lijkt slechts een marginale rol van betekenis gespeeld te hebben voor inkoop van Sociaal Domein. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat er in 2012 een heldere beleidslijn uitgezet is op gebied van duurzaam inkopen, die weinig invulling heeft gekregen. Ook het beschreven inkoopproces en uitgangspunten als het voorkomen van te grote afhankelijkheid van leveranciers van het inkoopvolume van de gemeente zijn als zodanig niet nageleefd.

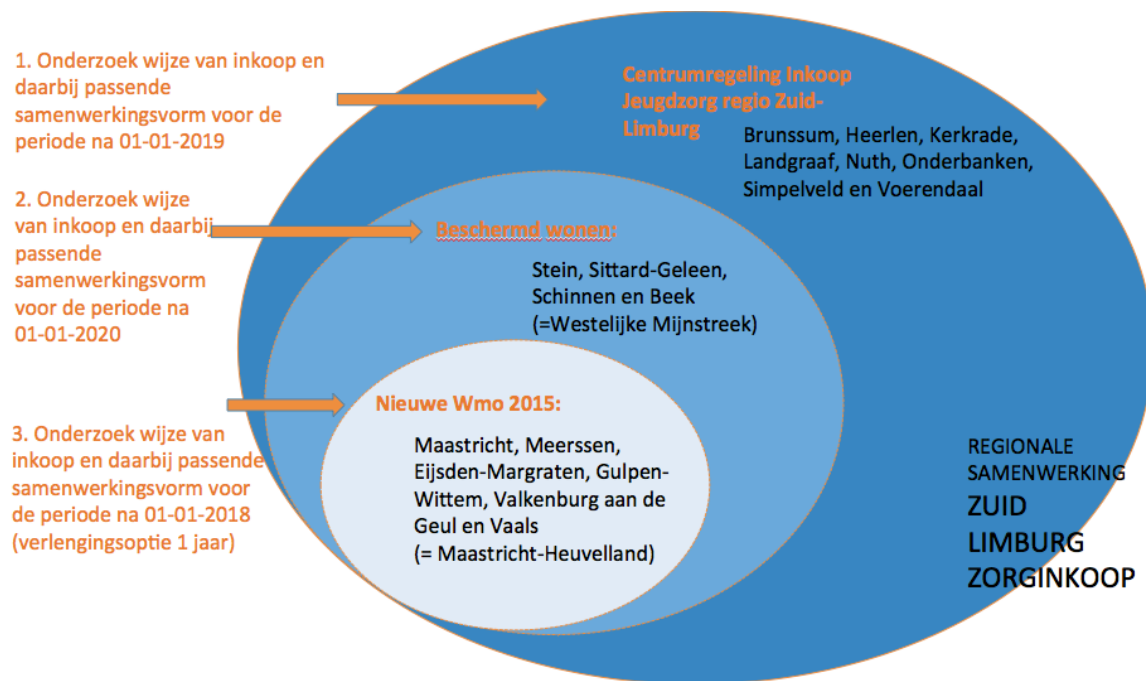
2.1.4 Inrichting samenwerking en besluitvorming

Bij het beschrijven van de inrichting van de huidige samenwerking is het volgende onderscheid relevant:

1. Naar domein: WMO, JH en BW
2. Naar regio: samenwerking deelnemende gemeenten
3. Naar expiratedata onderliggende regelingen

De WMO wordt als geheel ingekocht op het niveau van Maastricht-Heuvelland (MH). BW wordt als geheel ingekocht op niveau van MH + Westelijke Mijnstreek (WM). De JH wordt als geheel ingekocht op niveau van Zuid-Limburg (ZL).

Visueel samengevat ziet de huidige inrichting eruit als volgt:



Figuur 2: Regionale samenwerking Zuid-Limburg Zorginkoop

Besluitvorming op het gebied van inkoop Jeugdzorg regio Zuid Limburg ligt verankerd in de Centrumregeling Jeugdzorg. Het college van de gemeente Maastricht is bevoegd om namens 18 gemeenten inkoopovereenkomsten aan te gaan op het brede terrein van de Jeugdhulp. Over de uitvoering van deze taak wordt afgestemd in de stuurgroep Jeugd. Uiteraard worden de besluiten die Maastricht in dat kader neemt (zoals vaststellen van een geactualiseerde DVO), wel ter informatie aangeboden aan de colleges van de achttien deelnemende gemeenten.

Besluitvorming voor Beschermd Wonen is verankerd in de aanwijzing van Maastricht als centrumstad voor de subregio's Westelijke Mijnstreek en Maastricht Heuvelland. Op grond van de dossiers lijkt het erop dat hier geen expliciete regionale afstemming is voordat besluiten worden genomen; de BW-afspraken uit de DVO komen en passant wel voorbij in de stuurgroep Jeugd. Dit heeft tot gevolg dat er op dit moment geen sprake is van een gezamenlijk probleem als er sprake is van een stijging in kosten, aangezien Maastricht alle baten en lasten zelfstandig draagt.

Besluitvorming voor de WMO is niet gemandateerd naar Maastricht. Voorstellen voor aanpassing van de DVO worden regionaal besproken in het Portefeuillehoudersoverleg Maastricht-Heuvelland. Daarna vindt in elke gemeente afzonderlijk vaststelling plaats door het college.

2.1.5 Contracten en overeenkomsten

Waar het gaat om overeenkomsten zien we dat die afspraken arrangeren op de volgende lijnen:

1. De lijn van overheden onderling
2. De lijn gemeente - zorgaanbieder
3. Een combinatie van 1 en 2

In deze paragraaf zullen we achter elke overeenkomst aangeven welke variant - 1, 2 of 3 - van toepassing is.

De samenwerkingsovereenkomst (variant 3) biedt de grondslag voor de inkoopmethodiek van bestuurlijk aanbesteden. Deze overeenkomst was een opmaat voor de transitie en is (in eerste instantie) afgesloten tussen zes gemeenten (=Maastricht Heuvelland) en de dienstverleners die actief zijn in de betreffende regio. De overeenkomst beschrijft de spelregels hoe in interactie met leveranciers inhoudelijke overeenkomsten tot stand komen. Ook de implementatie en het beheer vallen binnen de reikwijdte van de samenwerkingsovereenkomst. Elke partner kan een voorstel doen, en dat kan via een voorlopig voorstel leiden tot een uitgewerkt voorstel dat bedoeld is voor gemeentelijke besluitvorming. In 2.1.8 wordt nader ingegaan op deze inkoopmethodiek.

Met het sluiten van de Centrumregeling Jeugdzorg met 18 gemeenten (variant 1; zie hierna), werd de werking van de Samenwerkingsovereenkomst uitgebreid naar 18 gemeentes. De Samenwerkingsovereenkomst vormt aldus op dit moment een brede "relationele basis" met spelregels voor de inkoop Sociaal Domein. De overeenkomst is tot stand gekomen op basis van een besluit van 1 juli 2014. De overeenkomst is afgesloten voor de duur van de transitie- en transformatie periode start op 1 januari 2015 en expireert op 1 januari 2018. Op basis van evaluaties kan de samenwerkingsovereenkomst verlengd worden. Opzegging is ook mogelijk in onderling overleg en met inachtneming van een termijn van zes maanden.

De Dienstverleningsovereenkomst (DVO) (variant 2) bevat per zorgaanbieder concrete afspraken over te leveren diensten (gedefinieerd als: arrangementen). Per arrangement zijn de te behalen resultaten beschreven en het tarief dat hier voor in rekening gebracht mag worden. De DVO is een raamovereenkomst die ondertekend wordt tussen gemeenten en zorgaanbieders. Aanbieders kunnen alleen een DVO sluiten als ze zich eerst hebben gecommitteerd aan de (spelregels bestuurlijk aanbesteden, zoals opgenomen in de) Samenwerkingsovereenkomst.

De DVO bestaat uit een algemeen gedeelte wat voor alle mogelijke dienstverlening identiek is en een bijlage die de specifieke dienstverlening omschrijft en de te behalen resultaten. In het algemene gedeelte worden zaken beschreven als de wijze van toegang, de te behalen kwaliteit, afspraken over rapportages, administraties, privacy reglementen en te volgen protocollen. In het specifieke gedeelte wordt het arrangement zelf vastgelegd. De algemene inkoopvoorwaarden van gemeente Maastricht zijn van toepassing.

In de meest recente/actuele DVO worden alle arrangementen voor WMO, Jeugdwet en BW beschreven, met de bijbehorende tarieven. Zorgaanbieders kunnen aanvinken welke van de arrangementen zij leveren en aldus ontstaat een dekkend aanbod aan zorg, dat "besteld" kan worden door verwijzers die daartoe bevoegd zijn. Bij de DVO's horen acht bijlagen.

In de DVO zijn een aantal boete- en ontsnappingsclausules opgenomen. In formele zin is hier afgelopen jaren geen gebruik van gemaakt. Wel hebben er met een beperkt aantal zorgaanbieders indringende gesprekken plaatsgevonden over onjuiste informatieverstrekking, opvallende winstuitkeringen, dubieuze declaraties en/of kwantitatief achterblijvende dienstverlening in relatie tot de historische tarieven. Dit heeft in bepaalde gevallen tot herberekening van de tarieven of terugbetaling van onterechte vergoedingen geleid.

Tenslotte willen we nog kort benoemen de werking van nieuwe berekeningsmethode en uitkomst van de tarievenberekening voor 2017 zoals vastgelegd in bijlage V1. De uniform vastgestelde tarieven zijn gebaseerd op spiegelinformatie. Indien deze niet correct blijkt, kan de gemeente beslissen tarieven aan te passen. Alle arrangementen worden teruggebracht tot tijd (uur, dagdeel, etmaal) en daar wordt een tarief aan gekoppeld. Hiermee wordt geen onderscheid gemaakt en geen prikkel gegeven tussen zorgaanbieders die meer realiseren in dezelfde tijd dan anderen. Met andere woorden er is geen doelmatigheidsprikkel in de huidige systematiek, evenmin als een innovatieprikkel. Wel wordt onderscheid gemaakt naar duur, intensiteit en complexiteit. De uniform vastgestelde tarieven zijn inclusief vervoer, huisvestingskosten, kapitaallasten, etc. Het leveren van een betere kwaliteit wordt wel gestimuleerd door bij hogere kwaliteit frequenter doorverwijzigingen te ontvangen vanuit de toegang.

De Centrumregeling Jeugdzorg (variant 1) is een overeenkomst tussen de 18 ZL gemeenten, waarbij zoveel mogelijk samenwerking gezocht wordt op gebied van inkoop JH en waarbij gemeente Maastricht de rol invult van centrumgemeente. Doelstellingen van deze overeenkomst zijn het zorg dragen voor een kwalitatief goede en efficiënte uitvoering van de jeugdzorgtaken, met aandacht voor kennisdeling, borging van continuïteit en beperken van administratieve lasten. De deelnemende gemeenten behouden daarbij zelfstandig hun eigen bestuurlijke structuur, bevoegdheid, verantwoordelijkheid en identiteit en er wordt maximaal aangesloten op de inrichting van lokale jeugdzorgzaken per gemeente.

De centrumgemeente treedt op als inkopende partij. De regionale inkoop betreft het organiseren van het aanbod aan jeugdhulp door middel van contractering. Ook taken als contractsluiting, beheer, contractmanagement, monitoring en facturatie verlopen onder verantwoordelijkheid van de centrumgemeente. Iedere deelnemende gemeente blijft zelf verantwoordelijk voor de keuze wanneer dit aanbod in te zetten: de toegang is lokaal georganiseerd. De Centrumregeling Jeugdzorg is ingegaan op 1 januari 2016 en expireert op 31 december 2018. Op basis van evaluaties kan de Centrumregeling verlengd worden.

Gemeente Maastricht als centrumgemeente:

Door staatssecretaris van Rijn is gemeente Maastricht bij brief van 22 juli 2014 aangewezen als centrumgemeente voor de inkoop van BW voor MH en WM. De Aanwijzing Beschermd Wonen (variant 1) expireert eind 2019. Per 1 januari 2020 stelt het Rijk het budget voor BW (en maatschappelijke opvang) ter beschikking aan elke gemeente afzonderlijk. In 2016 heeft de VNG gemeenten gevraagd om na te denken over de vraag in welk regionaal samenwerkingsverband ze deze verantwoordelijkheid zou willen organiseren. In ZL is de voorkeur uitgesproken voor samenwerking op de schaal van subregio MH enerzijds, en subregio WM (die nu nog wel onder de centrumregeling Maastricht valt) anderzijds.

2.1.6 Rijksinkomsten

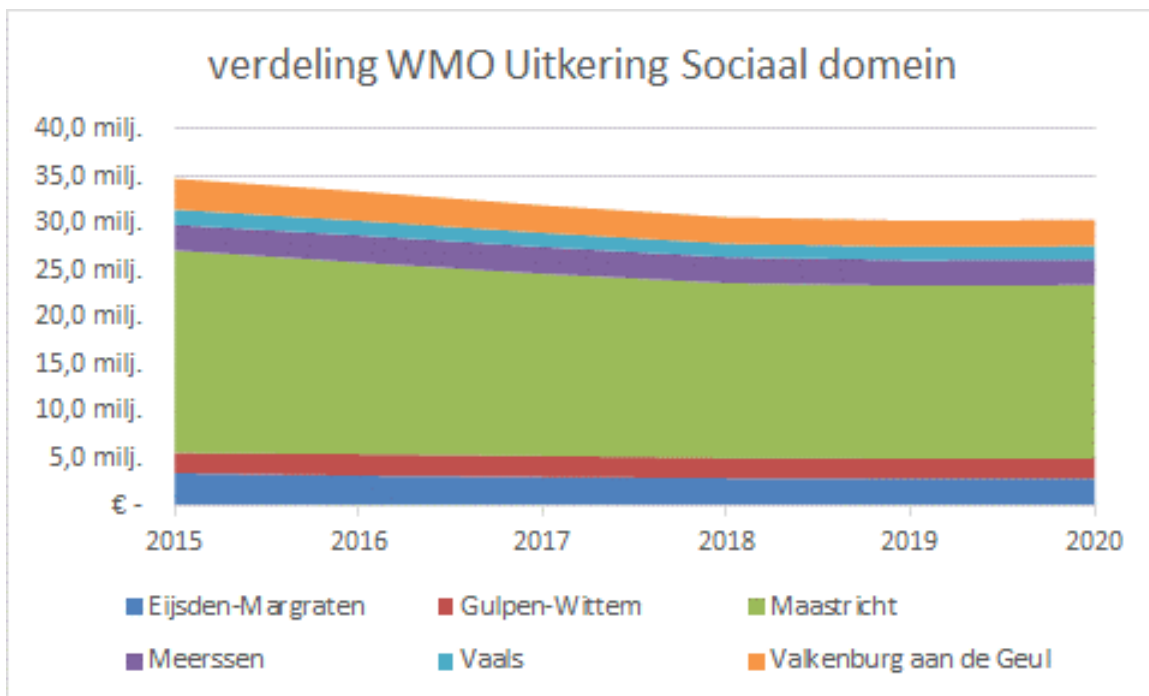
De kosten die gemaakt worden voor de WMO en de JH worden gedekt uit de Integratie Uitkering Sociaal Domein (IUSD). In het transitiejaar 2015 zijn de middelen voor de decentralisaties op basis van de historische verdeling overgeheveld naar gemeenten. In 2016 en verder wordt door het Rijk geleidelijk een objectieve verdeling (op basis van verdeelmaatstaven) ingevoerd. Hierdoor ontstaan herverdeeleffecten ten opzichte van 2015. In 2020 worden de budgetten volledig objectief verdeeld.

Gemeenten maken aanspraak op de IUSD. In de IUSD zijn naast het Participatiebudget ook de middelen voor WMO en JH opgenomen. Voor de taken maatschappelijke opvang en BW is Maastricht

als centrumgemeente aangewezen. Maastricht heeft hierbij een regierol en ontvangt ook financiële middelen van het Rijk.

De verdeling van de middelen zijn historisch bepaald. De periode 2015 tot 2020 is een overgangperiode waarin toegewerkt naar een parametrische en geobjectiveerde verdeling van middelen, gekoppeld aan een afname van de bijdrage.

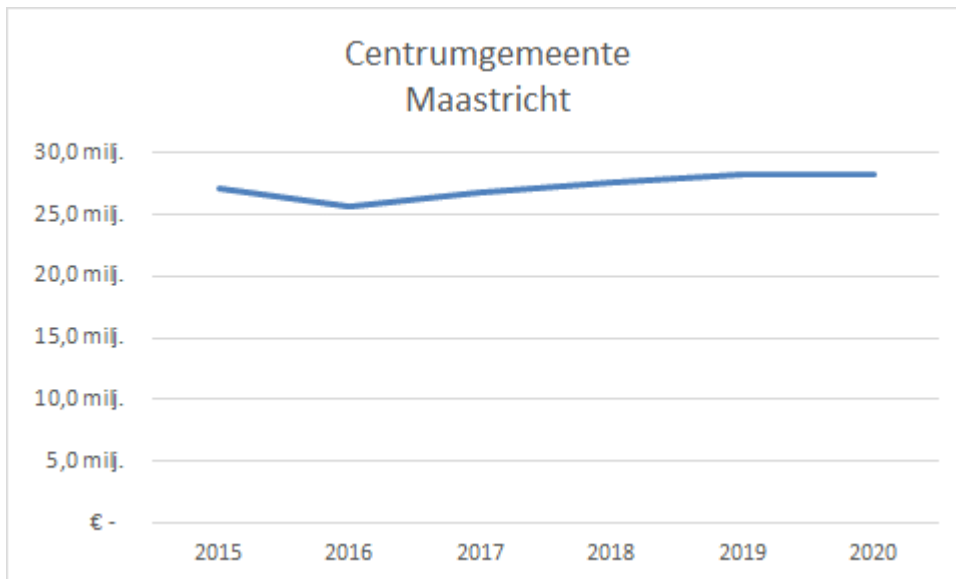
De samenwerking voor de zes gemeenten voor inkoop van WMO-diensten ziet deze middelen volgens het verdeelmodel uit 2015 afnemen van 31,5 miljoen euro naar 27,6 miljoen euro in 2020. Onderstaande grafiek toont deze afloop. Daarbij is Maastricht nageheel volledig verantwoordelijk voor de ingezette daling, waarbij Valkenburg ook een klein gedeelte voor haar rekening heeft genomen.



Figuur 3: verdeling WMO uitkering Sociaal Domein

Voor BW is de bekostiging op dit moment nog anders. Maastricht is door het Rijk aangewezen als centrumstad voor de regio MH en de WM. Vanuit die rol ontvangt gemeente Maastricht de rijksinkomsten BW. Per 1 januari 2020 stelt het Rijk het budget voor BW (en maatschappelijke opvang) ter beschikking aan elke gemeente afzonderlijk.

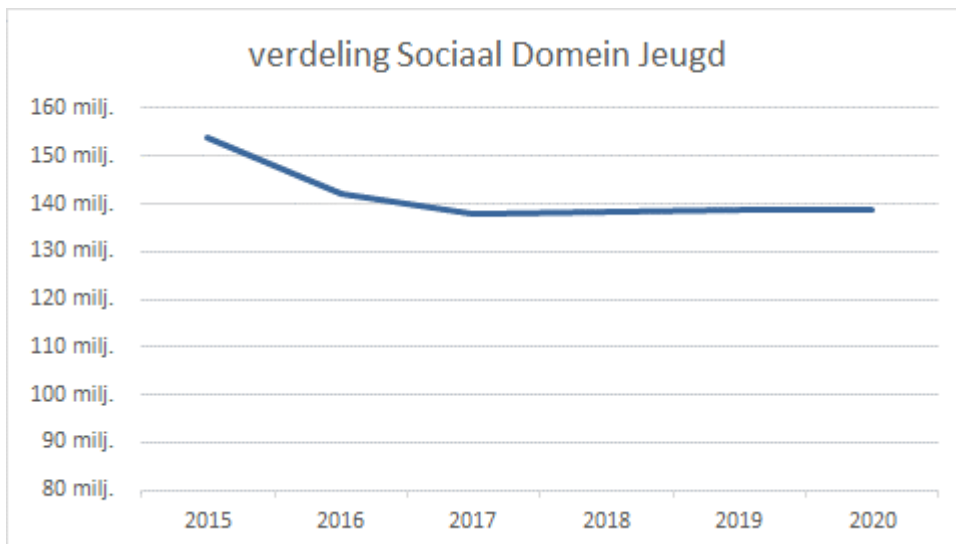
De bijdrage voor maatschappelijke opvang en BW voor de regio (met nu nog Maastricht als centrumgemeente) stijgt in de overgangperiode licht van 27,0 miljoen euro naar 28,3 miljoen euro.



Figuur 4: Bijdrage maatschappelijke opvang en BW gemeente Maastricht

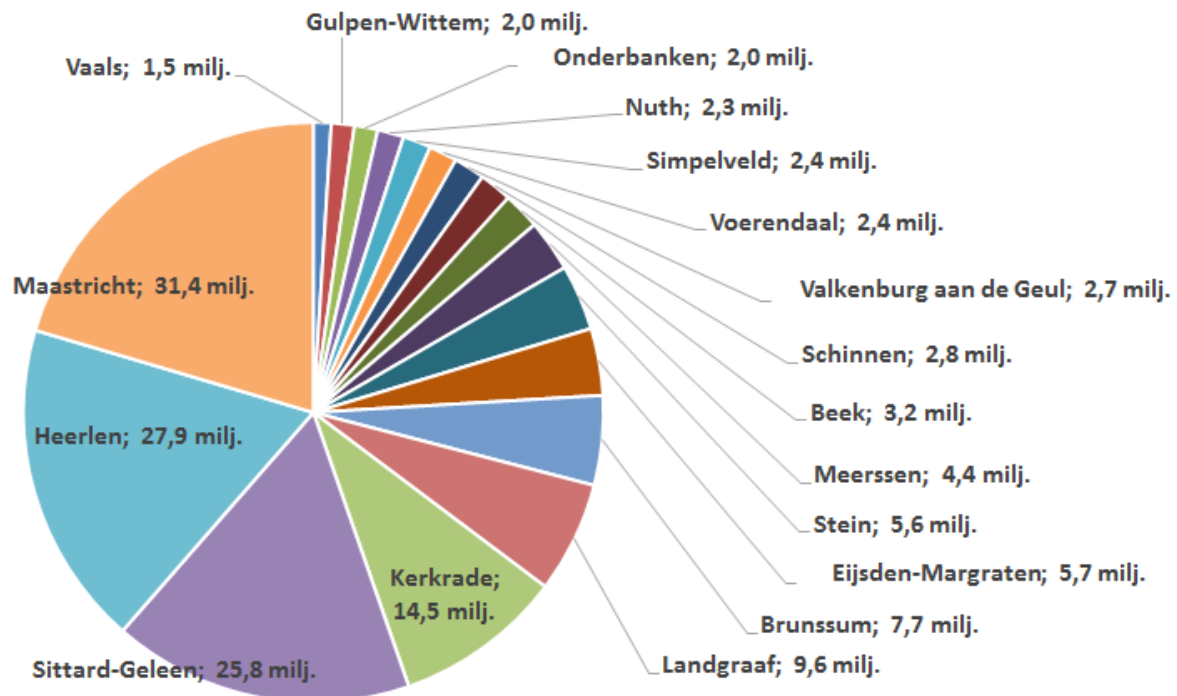
Voor JH geldt dat de budgetten fors terug gaan lopen door de rijkskorting, maar ook door het objectief verdeelmodel dat vanaf 2016 geleidelijk wordt ingevoerd. In de monitor 3D is ook al aangegeven dat ZL voor een grotere financiële opgave staat, dan andere regio's in Nederland.

Voor JH is een afname voorzien van 153,9 miljoen euro in 2015 naar 138,8 miljoen euro in 2020, oftewel een afname van 15,1 miljoen euro per jaar.



Figuur 5: Verdeling Sociaal Domein Jeugd

De verdeling over de 18 gemeenten waarvoor gezamenlijk de jeugdzorgdiensten worden ingekocht is als volgt:



Figuur 6: Verdeling Sociaal Domein Jeugd

2.1.7 Bekostigingsmethodiek/financieringsvormen

In 2015 en 2016 waren er tarieven vastgesteld per zorgaanbieder. Na goedkeuring van de collegenota over financiële aspecten WMO en Jeugdwet op 2 oktober 2016 is met ingang van 1 januari 2017 de overstap gemaakt naar uniforme tarieven voor vergelijkbare zorg voor alle zorgaanbieders. De wijze waarop dit exact werkt, is uitgewerkt in de bijlagen V1 tot en met V3, die vrij opvraagbaar zijn op internet. De uniforme tarieven worden vastgesteld per arrangement en uitgedrukt in een tijdseenheid. Dit is een vorm van inputfinanciering. In de beleidsuitgangspunten is vastgesteld dat uiterlijk in 2018 de overgang gemaakt zou moeten zijn naar resultaatfinanciering. Arrangementfinanciering wordt gezien als een grote eerste stap naar resultaatfinanciering.

Naast de DVO met zijn arrangementensystematiek worden meer uitgaven gedaan in het kader van de Jeugdwet en WMO. In 2016 zijn bijvoorbeeld voor Maastricht de volgende WMO-uitgaven verworven met een andere systematiek dan de arrangementensystematiek:

- Hulp bij huishouden
- Vervoersvoorzieningen
- Mantelzorg compleet en inkomensvoorziening
- Woonvoorzieningen
- Cliëntondersteuning MEE; ontvangt een subsidie als basisvoorziening
- Rolstoelen
- Algemene voorzieningen

Deze uitgaven waren goed voor 15,4 miljoen euro.

Voor het domein jeugd zijn de volgende bestedingen voorzien die buiten de arrangementen-systematiek vallen:

- PGB; voor meer regie van cliënten zelf.
- Innovatie; in overleg tussen beleidsmakers en aanbieders
- Landelijke inkoop; voor gespecialiseerde diensten waarvoor landelijke contracten zijn afgesloten
- GGZ Vrijgevestigden; afgerekend met DBC-prijzen
- JH+ en SEM

Voor de WMO-uitgaven is de eigen bijdrage een onderdeel van de bekostigingssystematiek. Gemeenten varen daar een eigen koers in. De eigen bijdrage is afhankelijk gesteld van de economische situatie van de cliënt en wordt door het Centraal Administratie Kantoor (CAK) berekend en geïnd. De eigen bijdrage kan een drempel opwerpen. Verondersteld wordt dat deze drempel ook zal leiden tot selectievere aanwending. Voor het domein Jeugd is deze vorm van bekostiging niet mogelijk. Voor een deel hebben de gemeenten in Zuid Limburg de eigen bijdrage geüniformeerd.

Ter illustratie:

In Maastricht, Meerssen, Eijsden - Margraten, Gulpen Wittem en Vaals wordt een minimum bijdrage van 14 euro per 4 weken gevraagd voor cliënten met een laag inkomen. In de andere gemeenten is dat 17,50 euro per 4 weken. De eigen bijdrage voor een cliënt met een inkomen van 36.000 euro is in Maastricht, Meerssen, Eijsden - Margraten, Gulpen Wittem en Vaals 118,37 euro. In Heerlen is dat 144,85 euro en in de andere gemeenten is dat 147,96 euro.

Een factor die moeilijk te beoordelen is, maar wel van belang voor toekomstige keuzes, is de uitvoeringskosten van het bestel. Voor het onderzoek is geen actuele informatie beschikbaar over deze kosten. Alleen van Maastricht zijn deze kosten bekend en daaruit blijkt dat ongeveer 16% van wat wordt besteed aan aanbieders van arrangementen ook wordt besteed aan uitvoeringskosten van de gemeente. Dit is inclusief de kosten van ondersteunende afdelingen zoals inkoop.

2.1.8 Inkoopmethodiek

In 2014 is met bestuurlijk aanbesteden voor een toen vernieuwende vorm van inkoop gekozen. Belangrijk uitgangspunt voor die keuze was gelegen in het belang van zorgcontinuïteit. Gemeenten waren op dat moment niet in staat in voldoende mate te definiëren wat ze nodig hadden aan zorg en in welke mate. Dat was geen kwestie van onvoldoende voorbereiding, maar een gevolg van fundamentele onzekerheid in het hele transitie proces.

Bestuurlijk aanbesteden was daarbij een oplossing om overeenkomsten aan te gaan die hard zijn op proces / relatie (we gaan dit samen binnen deze spelregels klaren) en zacht op inhoud (we kunnen in onderling overleg onze afspraken bijstellen), waarbij de zorgcontinuïteit in ieder geval gegarandeerd zou zijn. Met de keuze voor bestuurlijk aanbesteden werd nog niets vastgelegd over de bekostigingsmethodiek (input, output, resultaat) en niets over de inhoud, prijs en volumes van de af te nemen producten en diensten. Over al deze zaken kon in de structuur van overlegtafels in de periode die zou volgen gezamenlijk invulling gegeven worden. Daarmee was voldoende ruimte voor doorontwikkeling, innovatie en transformatie een feit.

De ontwikkeltafels vormen het hart van bestuurlijk aanbesteden: met elkaar in dialoog zijn en blijven om lastige thema's op te pakken en afspraken te maken. Ontwikkeltafels zijn er in zowel fysieke als virtuele vorm. Deelname is niet vrijblijvend. Deelnemers kunnen een voorstel indienen en indien dat op voldoende draagvlak kan rekenen, wordt vervolgens dat voorstel uitgewerkt en voorgelegd aan de deelnemende gemeenten ter besluitvorming. Voor Jeugdzorg kan alleen Maastricht besluiten nemen na positief advies stuurgroep JH. Binnen ZL waren bij aanvang de volgende ontwikkeltafels ingericht:

1. Dienstverleningsovereenkomst
2. Prijs en prestatie
3. Kwaliteit
4. PGB / ZIN

Inmiddels is het aantal ontwikkeltafels terug gebracht naar twee, te weten WMO en JH. Er is een Kernteam dat de onderlinge samenhang tussen de ontwikkeltafels bewaakt en hierin coördineert.

De bestuurlijke aanbesteding is de blauwdruk geworden voor de gemeenschappelijke inkoop van WMO, BW en JH. Toch zijn er de afgelopen jaren ook enkele andere inkoopmethoden toegepast. Zo zijn er innovaties bekostigd, en is voor de inkoop van vrijgevestigden, MEE, crisisdienst en inlooppunt GGZ bestuurlijk aanbesteden niet altijd (in zijn zuivere leer) toegepast. Ook is gebruik gemaakt van landelijke inkoop via de VNG.

2.1.9 Arrangementen systematiek

In 2014 is via het proces van bestuurlijk aanbesteden besloten om inhoudelijke afspraken te maken in de vorm van arrangementen. Bij aanvang al is de opzet van de arrangementen systematiek zo eenvoudig mogelijk gehouden. De gedachte hierachter was dat een beperkt aantal arrangementen tot terugdringing van de administratieve lasten zou leiden én dat met deze werkwijze zorgaanbieders in staat zouden zijn de forse bezuinigingen op de tarieven op te kunnen vangen. JH is verdeeld in 13 hoofdarrangementen en WMO in 9 hoofdarrangementen en daarmee is (naast de zorg die op andere wijze wordt bekostigd) een dekkend aanbod gerealiseerd zoals de wet dat van gemeenten vraagt.

Inhoudelijke werking van arrangementen:

De inhoud en kwaliteitseisen van de Jeugdarrangementen zijn vastgelegd in de arrangementbeschrijvingen. Bij de indeling van een arrangement in subarrangementen zijn drie factoren bepalend: de intensiteit van de hulp (sinds 2017), de complexiteit van het probleem en de duur van de hulp. De duur van een arrangement is qua financiering altijd beperkt tot twaalf maanden en moet, indien verlenging gewenst is, opnieuw worden toegekend.

Verrekening van arrangementen:

Met de gezamenlijke inkoop worden de tarieven voor de in te zetten arrangementen bepaald. De omvang van de kosten in een jaar wordt vervolgens bepaald door het aantal ingezette arrangementen op basis van $P \times Q$. Het aantal in te zetten arrangementen wordt bepaald door de zorgvraag in een gemeente en de toegang tot de niet-vrij toegankelijke voorzieningen. Voor WMO zijn dat de toegangsteams van de gemeenten. Voor Jeugdhulp kunnen naast de toegangsteams ook bij wet aangewezen verwijzers (artsen en gecertificeerde instellingen) rechtstreeks doorverwijzen. Zij bepalen daarmee mede de omvang van het aantal ingezette arrangementen.

In 2014 werd het arrangementstarief vastgesteld als het bedrag per unieke cliënt in een kalenderjaar, gebaseerd op de historische casemix, die betaald werd aan de opdrachtnemer. In de ontwikkeltafel Prijs en Prestatie werd in kalenderjaar 2015 geconstateerd dat het werken met arrangementen veel voordelen kent, maar dat de systematiek aanpassingen vergt om tot optimalisering van het inkoopmodel te komen.

In 2016 hebben gemeenten en zorgaanbieders zich gebogen over de doorontwikkeling van de inkoopsystematiek. Samen zijn zij tot de conclusie gekomen dat een doorontwikkeling mogelijk is, waarbij een aantal gezamenlijke uitgangspunten nader uitgewerkt dienden te worden. Doelstelling was om onder andere een oplossing te vinden voor de jaargrensproblematiek en het ontwikkelen van uniforme tarieven. Met vorengenoemde uitgangspunten in beeld is een nieuw bekostigingsmodel met uniforme tarieven voor 2017 ontwikkeld, waarbij tevens een oplossing is gevonden voor de jaargrensproblematiek.

Het nieuwe inkoopmodel voor Jeugd is opgebouwd uit de reeds bekende arrangementstructuur. Daar de zorgvormen en daaraan gekoppelde tarieven in het zorglandschap zeer divers zijn, is besloten binnen de arrangementstructuur verder te differentiëren. Dit heeft geleid tot een andere indeling van de zorgfinanciering waarbij arrangementen verschillend zijn benaderd. In het nieuwe model worden een aantal arrangementen in sextanten opgedeeld, waarbij zaken als intensiteit (zorginzet) en complexiteit (opleidingsniveau) gekoppeld aan de looptijd van een zorgtraject (de duur) centraal

staan. Daarnaast is voor een aantal specifieke arrangementen gekozen om over te stappen op etmaal- of trajectfinanciering.

De WMO-arrangementen worden net zoals bij Jeugd, onderverdeeld naar complexiteit en intensiteit.

2.1.10 Administratieve last bij zorgaanbieders en gemeenten

Met de transitie WMO en JH kregen veel zorgaanbieders te maken met een toename van het aantal financiers. Waar zij hun financiers eerder op één hand konden tellen, hebben ze nu te maken met vele gemeenten. Dit is voor gemeenten een nieuwe - onbekende - taak en voor alle zorgaanbieders een grote omslag die met de nodige lasten en onzekerheden gepaard gaan. Dit vormt een belangrijke reden dat administratieve lasten hoog op de agenda staan. Het contracteringsproces en het facturatieproces is in de handen van gemeente Maastricht (die dat voor Jeugdhulp namens achttien gemeenten verzorgt). Het indicatie en bestelproces echter, is een lokale aangelegenheid. Wel is de afspraak dat vanaf 2017 ZorgNed gebruikt wordt voor het plaatsen van bestellingen (berichtenverkeer). Om dit mogelijk te maken ligt hierachter nog een apart proces, dat zich richt op de afstemming om tot die toewijzing te komen. Het is niet zo dat alle gemeenten hetzelfde om gaan met het berichtenverkeer.

Het sluiten van een contract is een administratieve handeling, waar het nodige bij komt kijken (samenwerkingsovereenkomst, DVO en andere benodigde stukken). We stellen op grond van de data-analyse vast dat circa 41% van de gecontracteerde aanbieders wel alle noodzakelijke, voorgescreven administratieve handelingen verrichten, maar niet tot levering van diensten komen. De tijdsinvestering van het contract afsluiten lijkt daarmee voor niets te zijn geweest.

Daarnaast is het bestelproces (het toewijzen van zorg) in geval van Jeugd- of WMO-zorg om meerdere redenen niet eenvoudig. We hebben het over kwetsbare mensen wiens behoeften niet meteen duidelijk zijn, of gedurende hun leven regelmatig aan wijzigingen onderhevig. Dat betekent dat er mismatches zijn tussen de vraag van de cliënt en het (op enig moment bestelde) aanbod van zorg. Deze moeten allemaal op cliëntniveau “recht gezet” worden en dat kost veel zorginhoudelijk werk (de juiste indicaties stellen), maar ook administratief werk. Een extra factor in de administratieve last is ook de doorontwikkeling en overgang naar de nieuwe arrangementensystematiek met objectieve tarieven. Ook zo’n operatie gaat gepaard met veel reparatiewerk en discussies met zorgaanbieders (op cliëntniveau).

Al met al, stellen we vast dat er veel gesproken wordt over administratieve lastenverlichting, zowel aan zijde van zorgaanbieders als aan zijde van gemeenten. Tegelijkertijd constateren we dat het lastig is om objectief in kaart te brengen, waar de administratieve last nu feitelijk uit bestaat en -in termen van Lean - hoeveel ‘waste’ er in dit proces aanwezig is. Denk aan ‘waste’ bijvoorbeeld aan tijd die mogelijk verloren gaat aan onduidelijkheid en/of onbekendheid, aan wachttijd, aan dubbele handelingen etcetera.

2.1.11 Verbeteradviezen in de periode tot 2017

Al vrij vlot na de start van de decentralisaties zijn er rapportages verschenen met verbetervoorstellen. Een paar opvallende zaken worden hier uitgelicht, omdat die ook voor dit rapport een opmaat kunnen zijn.

Op verzoek van de stuurgroep is er een brede analyse gemaakt van de ontwikkelingen in de jeugdhulp op de schaal van ZL. Met name productiedata 2015 zijn geanalyseerd om te kijken aan welke knoppen gedraaid kon worden om binnen de financiële kaders van het kostenverdeelmodel te blijven.

In april 2016 heeft BMC een uitgebreide rapportage opgesteld (*‘Een scherpe foto voor de transformatie agenda’*), en zijn 23 aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de inrichting van de zorg zelf. Deze aanbevelingen zijn vertaald naar de transformatie agenda Jeugd die eind 2016 opgesteld is en waarbij de 23 aanbevelingen terug gebracht zijn tot de volgende zeven bouwstenen:

1. Keuze voor extra verdieping met aantal partners
2. Toegang inzichtelijker maken voor inwoners en professionals en uniformer inrichten. Maak hierbij een expliciete keuze voor een breed of smal toegangsteam
3. Informatievoorziening verbeteren over de wijze waarop de toegang ingericht is en wat verwacht mag worden
4. Een duidelijk plan maken wie wat doet, waarbij er altijd een aanspreekpunt is en professioneel invulling gegeven wordt aan de regierol
5. Ondersteuning en expertise zo vroeg mogelijk (proactief) in het proces
6. Versterken van zelforganiserend vermogen van gezinnen, met back-up van professionals
7. Een gezamenlijk kwaliteitskader ontwikkelen, samen leren, een gezamenlijke taal

Ten aanzien van de arrangementen werd aanbevolen om de bekostigingsstructuur af te stemmen met inrichting van de toegangsteams; toegangsteams zouden meer dichtbij kunnen verlenen (al dan niet ondersteund met specialistische expertises). Ook werd gepleit voor een verschil in benadering van (aantallen) partners. Daar waar keuzevrijheid voor cliënten van groot belang is, moet gezorgd worden voor veel aanbieders. Waar er schaarste is echter, wordt er gepleit om met een beperkt aantal (strategische) partners meerjarige afspraken te maken. Zeker voor de zeer specialistische vormen van Jeugdhulp wordt een pleidooi gehouden om regionaal samen in te kopen om de zorgcontinuïteit te garanderen.

Elkaars taal spreken, was ook een rode draad in dit stuk. Diverse acties om disciplines bij elkaar te brengen om elkaar te begrijpen, worden geadviseerd en ook uitgevoerd. Ook regiehouderschap is een begrip dat terugkomt en dat aandacht vraagt voor eenduidige uitwerking en training. Wat opvalt, is dat binnen het taalaspect niets gezegd wordt over de arrangementensystematiek; ook dit is een eigen ontworpen zorgtaal waarmee toegangsteams en leveranciers al enkelen jaren werken.

Met name de voorstellen die betrekking hebben op de toegang en het preventieve beleid (met onder andere algemene voorzieningen), zijn zeer bepalend voor de mate van zorgconsumptie en knoppen om lokaal wel/niet aan te draaien. Deze raken echter minder de scope van ons onderzoek. Des te meer raakt de eerste bouwsteen 'Keuze voor extra verdieping met aantal partners' deze wel. Wij zullen hierop terugkomen in onze aanbevelingen.

2.1.12 Belangrijkste bevindingen dossier-onderzoek

Op grond van het dossier-onderzoek, hebben we een opsomming van de belangrijkste bevindingen geformuleerd:

DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN UIT HET DOSSIERONDERZOEK

1. Er is geen duidelijk overkoepelend / integraal beleidsplan, aangetroffen. Wel zijn er op diverse niveaus en voor verschillende regio's beleidsstukken die min of meer dezelfde beleidsuitgangspunten hebben.
2. Het inkoop- en aanbestedingsbeleid is verouderd en behoeft actualisatie. Het lijkt geen of slechts een marginale rol gespeeld te hebben bij inrichting voor inkoop Sociaal Domein in Zuid-Limburg waarmee niet afdoende invulling is gegeven aan bijvoorbeeld de ontwikkeling naar duurzaamheid en het sturen op reductie afhankelijkheid van leveranciers.
3. Bij het vaststellen van de inkoopstukken, is een onderscheid gemaakt naar domein (JH op niveau ZL, BW op niveau MH + WM, WMO op niveau MH). Er is geen verdere differentiatie aangebracht binnen de domeinen op grond van marktkenmerken, volumes of specifieke expertise.
4. Voor JH en BW is de beslissingsbevoegdheid bij de centrumgemeente Maastricht neergelegd. Voor WMO wijkt dit af en vindt besluitvorming plaats via het portefeuillehoudersoverleg.
5. Arrangementen worden teruggebracht tot tijd (uur, dagdeel, etmaal) en daar wordt een tarief aan gekoppeld. Hiermee wordt geen onderscheid gemaakt en geen prikkel gegeven tussen zorgaanbieders die meer realiseren in dezelfde tijd dan anderen. Met andere woorden in de huidige systematiek ontbreekt een doelmatigheidsprikkel. De wijze waarop betere prestaties wel gestimuleerd zouden moeten worden, is door frequentere doorverwijzing vanuit de toegang naar kwalitatief sterkere zorgaanbieders (bepaald vanuit een subjectief standpunt).
6. De eigen minimum bijdrage voor WMO verschilt per gemeente.
7. De hoogte van de uitvoeringskosten van de gemeenten voor uitvoering van het geheel inclusief de kosten van samenwerking zijn niet of moeilijk vast te stellen.
8. Het continueren van zorg heeft afgelopen jaren de hoogste prioriteit gehad, boven alle andere aspecten zoals beheersbaarheid zorgkosten, doelmatigheid, inkoopmethodiek en wijze van bekostiging.
9. De duur van een arrangement is qua financiering altijd beperkt tot twaalf maanden en moet indien verlenging gewenst is, opnieuw worden toegekend, ook als bij aanvang duidelijk is dat dit een meerjaren problematiek betreft.
10. De toegang wordt per gemeente ingericht en verschilt dus ook per gemeente.
11. De feitelijke administratieve last, zowel voor zorgaanbieders als voor gemeenten, is op dit moment niet objectief inzichtelijk te maken.
12. Er zijn geen duidelijke procesbeschrijvingen aangetroffen hoe de diverse processen (zoals het bestelproces), idealiter zouden moeten verlopen en aldus kan ook geen conclusie opgesteld worden in hoeverre deze processen zo doelmatig mogelijk ingericht zijn.
13. Een belangrijke aanbeveling op grond van eerder onderzoek is met een beperkt aantal zorgaanbieders de samenwerking meerjarig te intensiveren. Deze aanbeveling is overgenomen in de transformatie agenda jeugd, maar ontbreekt in de inkoopstrategie.

2.2 Kengetallen en trends: resultaten uit het data-onderzoek

Met deelvraag d vraagt u ons te onderzoeken of, en zo ja welke, causale relatie bestaat tussen het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en de toegenomen zorgvraag.

Om antwoord op deze vraag te geven, is het allereerst van belang te onderzoeken of er inderdaad sprake is van een toegenomen zorgvraag, hoe deze toename zich verhoudt tot het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en of er andere opvallende data aanwezig zijn die mogelijk een verklaring zouden kunnen zijn voor de toegenomen zorgvraag.

Hiertoe hebben we in ieder geval in beeld gebracht:

- omvang van de zorginkoop per domein in euro's
- aantal gecontracteerde zorgaanbieders dat daadwerkelijk zorg geleverd heeft per domein
- aantal afgenomen arrangementen
- aantal personen dat zorg heeft afgenomen

De samenwerking heeft betrekking op achttien gemeenten en drie domeinen. De samenwerking was in 2015 goed voor een inkoop van 138,5 miljoen euro aan zorg. In 2016 stijgt dat naar 158,4 miljoen euro.

Bij de start van de transitie op 1 januari 2015 telde, conform bijlage 1 bij Collegenota Inkoopcontracten WMO en Jeugd d.d. 14 december 2014, in totaal 116 gecontracteerde zorgaanbieders, onderverdeeld in:

- 45 zorgaanbieders alleen voor WMO;
- 45 alleen voor Jeugd;
- 26 gecombineerde zorgaanbieders.

Deze aanbieders zijn niet in alle gemeenten actief.

Uit ons data-onderzoek komt naar voren dat in 2015 de zorg feitelijk geleverd is door 134 zorgaanbieders. In 2016 is het aantal zorgaanbieders gegroeid tot 175. Hierbij is niet het aantal gecontracteerde zorgaanbieders (die een DVO ondertekend hebben) als uitgangspunt genomen, maar het aantal zorgaanbieders dat daadwerkelijk zorg geleverd heeft en dus als zodanig voorkomt in de financiële administratie. Het aantal gecontracteerde zorgaanbieders ligt om en nabij de 300. Dit getal is gebaseerd op ontvangen informatie.

Het aantal afgenomen arrangementen is over de hele linie gestegen met 4.444. Het aantal personen dat zorg afgenomen heeft, is toegenomen met 2.032. De toename zit met name in personen die zorg afnemen voor minder dan 5.000 euro per jaar.

Samenvattend zijn de belangrijkste kengetallen:

Totale zorginkoop ZL	2015	2016	Delta absoluut	Delta (%)
Spend	138,5 mio €	158,4 mio €	+ 20 mio €	+ 14,4%
# Zorgaanbieders	134	175	+ 41	+ 30,1%
# Arrangementen	18.948	23.392	+ 4.444	+ 23,5%
# Personen zorg	12.985	15.017	+ 2.032	+ 15,6%

Figuur 7: Belangrijkste kengetallen zorginkoop ZL 2015-2016

2.2.1.1 Domein WMO

Voor inkoop ten behoeve van de WMO werken samen:

- Maastricht
- Meerssen
- Eijsden - Margraten
- Gulpen Wittem
- Valkenburg
- Vaals

In deze samenwerking, die bekend staat als Maastricht-Heuvelland, werd in 2015 voor 10,6 miljoen euro ingekocht. In 2016 steeg dat naar ruim vijftien miljoen euro. De stijging is gebaseerd op alle arrangementen en individuele begeleiding in het bijzonder. Het aantal arrangementen steeg voor individuele begeleiding met twaalf procent en de gemiddelde prijs met negentien procent.

WMO	2015	2016	Delta absoluut	Delta %
Spend	10,6 mio €	15 mio €	+ 4,4 mio €	+ 41,5%
# Zorgaanbieders	52	71	+ 19	+ 36,5%
# Arrangementen	2.062	2.671	+ 609	+ 29,5%
# Personen zorg	1.822	2.232	+ 410	+ 22,5%

Figuur 8: Belangrijkste kengetallen WMO 2015-2016

2.2.1.2 Domein WMO Beschermd wonen

In deze samenwerking doen, naast de gemeenten die samenwerken voor de WMO, ook de volgende gemeenten mee:

- Stein
- Sittard - Geleen
- Beek
- Schinnen

Deze samenwerking, die bekend staat als Maastricht-Heuvelland + Westelijke Mijnstreek, werd in 2015 voor 23,7 miljoen euro ingekocht. In 2016 steeg dat naar ruim 29,3 miljoen euro. De grootste absolute stijger is Verblijf BW +/- dagbesteding ZIN. De waarde stijgt daarmee met negen procent; het aantal arrangementen iets minder met zes procent.

In totaal stijgt het aantal arrangementen met 26%. Vooral Beschermd wonen zonder verblijf is daar debet aan met een stijging van 37 naar 145 arrangementen.

BW	2015	2016	Delta absoluut	Delta %
Spend	23,7 mio €	29,3 mio €	+ 5,6 mio €	+ 23,4%
# Zorgaanbieders	20	23	+ 3	+ 15,0%
# Arrangementen	691	870	+ 179	+ 25,9%
# Personen zorg	621	789	+ 168	+ 27,0%

Figuur 9: Belangrijkste kengetallen BW 2015-2016

2.2.1.3 Domein Jeugd

In deze samenwerking delen naast de gemeenten die samenwerken voor de WMO en WMO Beschermd Wonen, ook de volgende gemeenten mee:

- Brunssum (vanaf 2017 ambtelijk apart)
- Heerlen
- Kerkrade
- Landgraaf
- Nuth
- Onderbanken
- Simpelveld
- Voerendaal

Deze samenwerking, die bekend staat als Zuid-Limburg, werd in 2015 voor 104 miljoen euro ingekocht. In 2016 steeg dat naar ruim 114 miljoen euro (+10%).

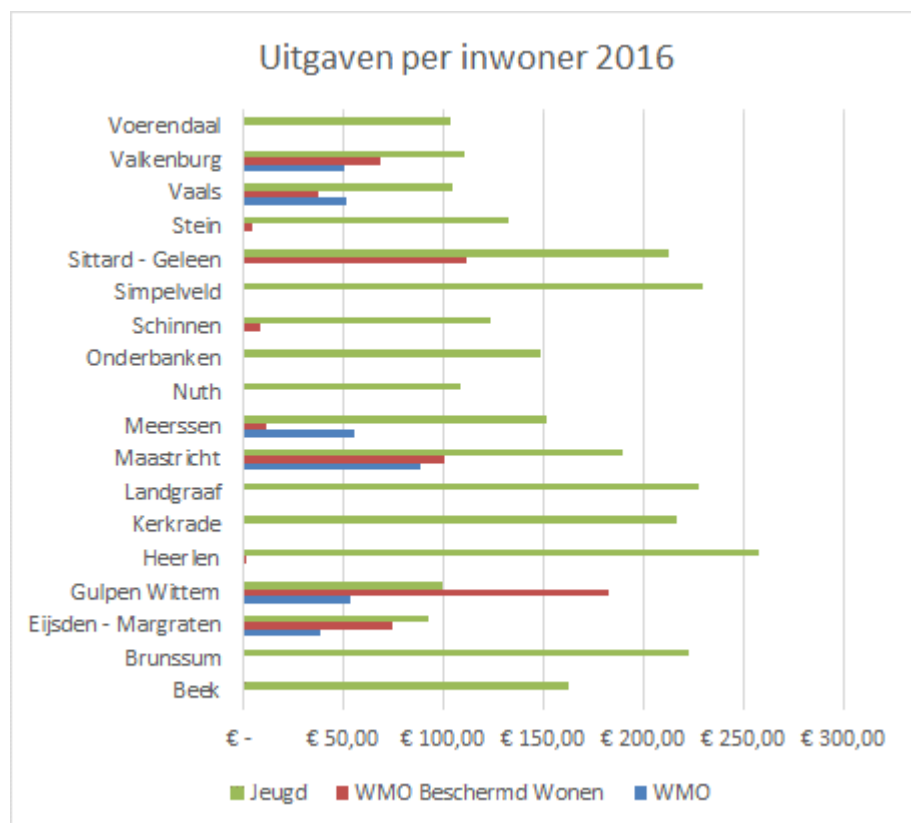
In 2015 worden in dit domein dertien arrangementen ingezet. In 2016 worden twee begeleidingsarrangementen toegevoegd. Op drie na, stijgt de omzet van alle arrangementen. De grote stijgers zijn Ambulante individuele jeugdbegeleiding met bijna 7,5 miljoen euro en Ambulante groepsjeugdhulp met 2,2 miljoen euro. De stijging van het aantal arrangementen is met bijna 23% groter dan de stijging van de waarde. Alle arrangementen zijn in aantal toegenomen. Ook in dit opzicht is Ambulante individuele jeugdbegeleiding met 43% de grootste stijger.

Jeugdzorg	2015	2016	Delta absoluut	Delta %
Spend	104 mio €	114 mio €	+ 10 mio €	+ 9,6%
# Zorgaanbieders	105	132	+ 27	+ 25,7%
# Arrangementen	16.195	19.851	+ 3.656	+ 22,6%
# Personen zorg	10.583	12.078	+ 1.495	+ 14,1%

Figuur 10: Belangrijkste kengetallen Jeugdzorg 2015-2016

2.2.1.4 Diversiteit gemeenten

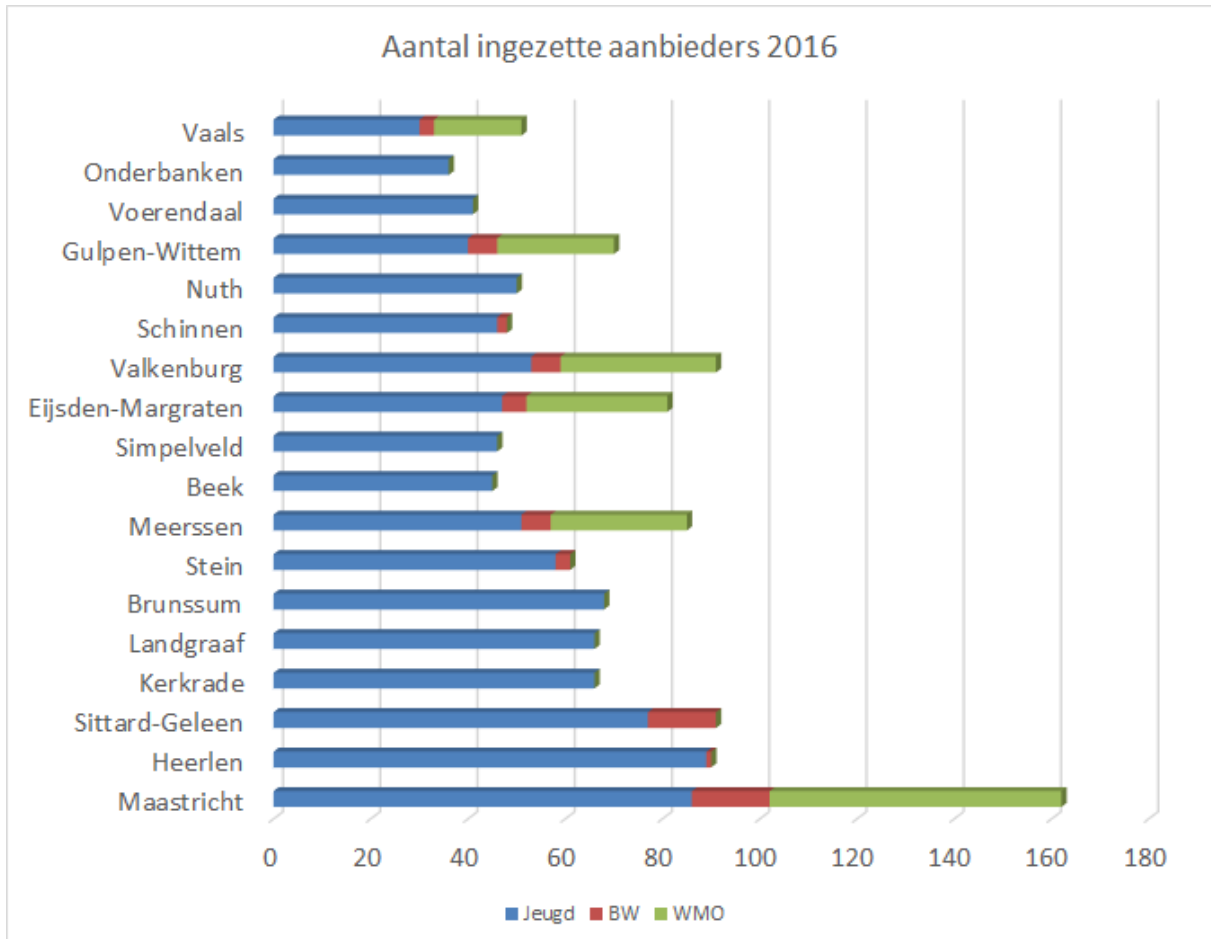
Dat het sociaal domein in iedere gemeente anders werkt, wordt ook duidelijk als we de uitgaven per gemeente per inwoner vergelijken. In ieder geval wordt in iedere gemeente anders omgegaan met de via de samenwerking ingekochte diensten:



Figuur 11: Uitgaven per inwoner per gemeente, verdeeld naar domein, 2016

Bovenstaande heeft betrekking op de drie cirkels van samenwerking. Gegevens over WMO en WMO Beschermd wonen hebben alleen betrekking op de gemeenten die daarin samenwerken.

In geen enkele gemeente wordt gebruik gemaakt van alle aanbieders. In onderstaande grafiek wordt per gemeente en per domein het aantal in 2016 ingezette aanbieders gepresenteerd.



Figuur 12: Aantal ingezette zorgaanbieders in 2016 ingezet per gemeente en per domein.

Ook de inzet van arrangementen verschilt per gemeente. Enkele voorbeelden uit het domein Jeugd:

- In Maastricht wordt 29% van alle Jeugduitgaven besteed aan ambulante individuele jeugdbegeleiding. In de gemeente Onderbanken is dat 16%.
- In de gemeente Simpelveld wordt 40% van alle jeugduitgaven besteed aan residentiële behandeling. In de gemeente Schinnen is dat 4%.
- In de gemeente Stein wordt 34% van de jeugduitgaven besteed aan GGZ-behandeling. In de gemeente Simpelveld is dat 13%.

Deels wordt dit veroorzaakt doordat er een instelling met verblijf in een gemeente aanwezig is, zoals in Eijsden-Margraten en in Simpelveld.

2.2.2 Zorgaanbieders

Vervolgens hebben we in ons data-onderzoek meer diepgang gezocht in de samenstelling van het leverancierslandschap en de ontwikkelingen daarin. In de volgende subparagrafen behandelen we achtereenvolgens de nieuwe toetreders, de grootste stijgers en dalers, de grote versus kleine zorgaanbieders en een eerste differentiatie in het belang van de aanbieders.

2.2.2.1 Nieuwe aanbieders

De nieuwe toetreders zijn in meerderheid kleine aanbieders met een gemiddelde waarde van 36.500 euro en zijn samen goed voor 1,8 miljoen euro. De nieuwe toetreders richten zich vooral op begeleiding en betreden hiermee het terrein van de voorliggende voorzieningen. 38% van hun waarde bestaat uit Individuele begeleiding volwassenen ZIN en 18% uit Ambulante individuele jeugdbegeleiding. Hiermee lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de toename van het aantal aanbieders slechts beperkt bijdraagt aan de groei van de zorgkosten.

2.2.2.2 Groot en klein

In 2015 is de top tien leveranciers goed voor 73,5% van het totaal. In 2016 blijft de omzet van de top tien vrijwel gelijk, maar is hun aandeel gedaald naar 64%. De top tien bestaat in 2016 uit negen dezelfde aanbieders als in 2015. Dat zijn:

- Xonar
- Koraal Groep
- Mondriaan
- Levanto
- Virenze RIAGG
- Radar
- Leger des Heils
- Amacura / Amalexis
- Talent
- Mutsaersstichting

De Mutsaersstichting zakt uit de top tien naar de veertiende positie. Daarvoor in de plaats komt Kracht in Zorg. Zij komen van een vijftiende positie in 2015.

De vijftig aanbieders met de laagste bijdrages, leveren in 2015 bij elkaar slechts 0,4% van het totaal. In 2016 is dat 0,3%. Dat is circa zeventien procent van het totale aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Deze groep bestaat voornamelijk uit vrijgevestigden en eenmanszaken.

Daarnaast is het meest recente cijfer dat medio 2017 circa 300 zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Dit betekent dat er nog circa 125 zorgaanbieders wel een contract hebben maar geen zorg leverden in 2016. Dat is circa 41% van het totale aantal gecontracteerde zorgaanbieders.

Beide opgeteld lijkt tot de bevinding dat voor 58% van de gecontracteerde zorgaanbieders wel inspanningen gedaan zijn, zowel aan zijde van de gemeenten als aan zijden van zorgaanbieders die niet of nauwelijks tot omzet geleid hebben.

2.2.2.3 Stijgers en dalers

In 2016 zien we tien aanbieders die in 2015 wel actief waren, niet meer terug. De drie grootste zijn:

- Zigzagzorg; 199.810 euro
- Combinatie Jeugdzorg; 97.066 euro
- Horizon; 73.573 euro

Negen aanbieders hadden een min of meer gelijke omzet in 2015 en in 2016 (+/- 5%). 96 aanbieders hadden in 2016 een hogere bijdrage dan in 2015. De drie grootste stijgers zijn:

- Talent stijgt in omzet met 1,629 miljoen euro(+45%). Het aantal cliënten dat zij bedienen stijgt van 494 naar 649.
- Kracht in zorg stijgt met 1,972 miljoen euro (+115%). Het aantal cliënten dat zij bedienen stijgt van 44 naar 98.
- Somnium Begeleiding stijgt met 1,526 miljoen euro (+93%). Het aantal cliënten dat Somnium Zorg en Begeleiding' bedient stijgt van 122 naar 239.

19 aanbieders gaan in omzet omlaag van 2015 naar 2016. De drie grootste dalers zijn:

- Xonar daalt met 2,928 miljoen euro (-9%). Het aantal cliënten dat wordt bediend, blijft vrijwel gelijk (2477 naar 2461). De omzetzaling is een prijseffect.
- Koraal Groep daalt met 1,270 miljoen euro (-9%). Het aantal cliënten daalt met 6%.
- Envinda daalt met € 792 K (-34%). Het aantal cliënten daalt met 26%.

Mogelijk zijn er logische verklaringen voor deze grootste stijgers en dalers, maar deze blijken niet uit het data-onderzoek. Uit navraag blijken onder andere de volgende zaken:

- Zigzagzorg is opgegaan in een andere zorgaanbieder
- Combinatie Jeugdzorg en Horizon hebben zich terug getrokken uit de regio.
- Voor Xonar zijn in 2016 tarieven (onterecht) naar beneden bijgesteld, zoals bv pleegzorg, naar aan tarief van 8000 per jaar.
- De daling van de Koraalgroep is een rechtstreeks gevolg van de ambulantisering
- Cliënten van Envira zijn overgegaan naar andere zorgaanbieders

2.2.2.4 Aanbieders en domeinen

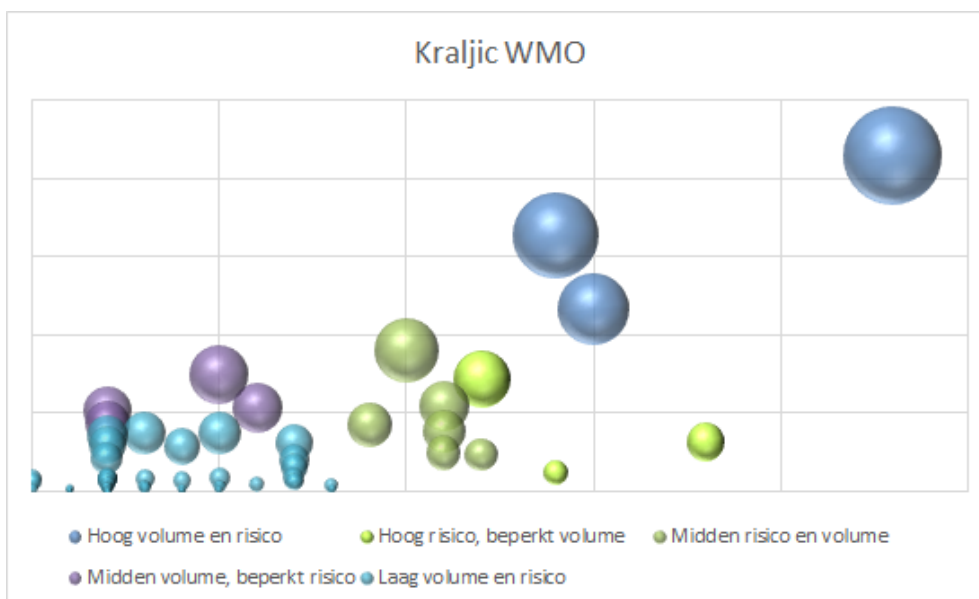
Van de totale waarde in 2016 werd 59,2 milj. gerealiseerd door aanbieders die in alle drie de domeinen actief zijn. Aanbieders die in twee van de drie domeinen actief zijn realiseerde een waarde van 26,3 milj. De overige 72,9 milj. werd gerealiseerd door bedrijven die slechts in één domein actief zijn en daarvan werd weer 29,4 milj. gerealiseerd door één van de aanbieders (Xonar; jeugd).

2.2.2.5 Belang van aanbieders

Recent is een eerste versie van een Kraljic-analyse uitgevoerd door de afdeling Inkoop van gemeente Maastricht op de 25 belangrijkste aanbieders. Een Kraljic-analyse is een inkoopportfolioanalyse die een inkooppakket analyseert op basis van twee aspecten, te weten de invloed op het financieel resultaat en het toeleveringsrisico. Deze analyse wordt uitgevoerd op een aantal vaststaande vragenlijsten, alhoewel er altijd sprake is van enige mate van subjectiviteit (met name op de tweede as, de inschatting van het toeleveringsrisico). Er ontstaan vier kwadranten: linksboven hefboom, rechtsboven strategisch, linksonder routine en rechtsonder knelpunt.

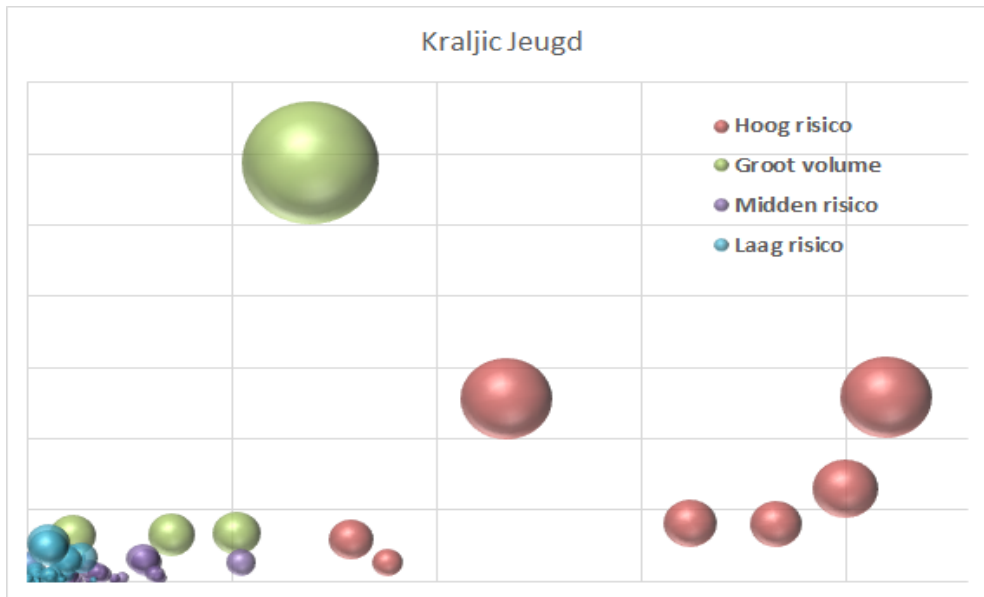
Op basis van een Kraljic-analyse kan een organisatie inkoopstrategieën definiëren en hiermee dus differentiatie aanbrengen in de wijze van marktbenadering, inkoopmethodiek, contractering en contract- en leveranciersmanagement. De Kraljic-analyse zoals we hem aangetroffen hebben, is zelfstandig opgesteld door de afdeling Inkoop. Het staat in de planning van de afdeling Inkoop deze intern nader af te stemmen en hier mogelijk acties aan te koppelen.

De Kraljic-analyse zoals aangetroffen ziet er geanonimiseerd als volgt uit:



Figuur 13: Kraljic analyse WMO

De Kraljic-analyse zoals aangetroffen voor JH ziet er als volgt uit:



Figuur 14: Kraljic analyse JH

2.2.3 Cliënten

Aangezien het aantal zorgaanbieders is toegenomen, hebben we ook nog een verdiepingsslag gemaakt op het aantal cliënten dat zorg ontvangen heeft en de ontwikkelingen daarin. In 2015 is aan 12.985 personen zorg geleverd. In 2016 was dat 15.017, een toename van 15,6%. In 2015 is bij 8.548 cliënten een arrangement aangewezen als ‘overgangscliënt’, cliënten waaraan al eerder zorg is geleverd. Dat is 66%. In 2016 stijgt dit aantal absoluut gezien naar 9.553 en daalt het procentueel naar 64%. Landelijk ligt dit getal rond de 40%, dus dit is een erg hoog percentage.

2.2.3.1 Grote en kleine cliënten

De 1.000 cliënten die het meest zorg afnemen, zijn in 2015 goed voor 38% (53,130 miljoen euro) van de totale kosten. In 2016 stijgen de kosten voor de 1.000 grootste afnemers naar 55,967 miljoen euro. Tegelijkertijd is er sprake van een procentuele daling naar 35,3% van het totaal.

De 1.000 cliënten die het minst zorg afnemen in 2015, zijn goed voor 1% van de totale kosten, overeenkomend met 1,56 miljoen euro. In 2016 daalt het aandeel van de 1.000 minst zorg afnemende cliënten naar 0,95 miljoen euro.

Bij 6.856 personen ging het in 2015 om zorg van minder dan 5.000 euro (totaal 19,9 miljoen euro). In 2016 waren dat 8.521 personen (totaal 24,8 miljoen euro). De toename van het aantal cliënten is daarmee voor een groot deel toe te schrijven aan deze kleinverbruikers. Daarnaast is de toename met bijna 5 miljoen euro aan kosten ook opmerkelijk.

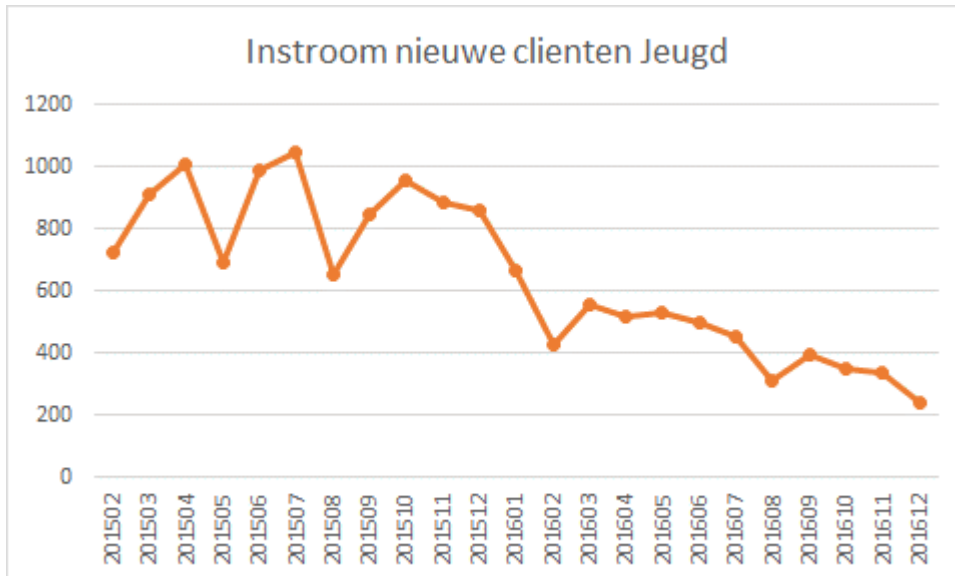
De grootverbruikers maken uiteraard veel meer gebruik van zorg met verblijf.

2.2.3.2 Toegang tot de zorg

In 2015 kwam 12% van de zorg tot stand via de alternatieve route, 31% via de toegangsteams en 57% waren bestaande cliënten. Vooral de kleinere gebruikers vinden hun weg via de alternatieve route en minder via de toegangsteams. In 2016 wordt de toegang via de gecertificeerde invariabele geïntroduceerd. Nog meer dan in 2015 worden in 2016 de kleine gebruikers via de alternatieve route naar de zorg geleid. In 2017 is een aangescherpte aanpak ingevoerd die hier meer invloed op moet gaan hebben. Overigens is enige voorzichtigheid geboden met deze getallen, omdat er fouten

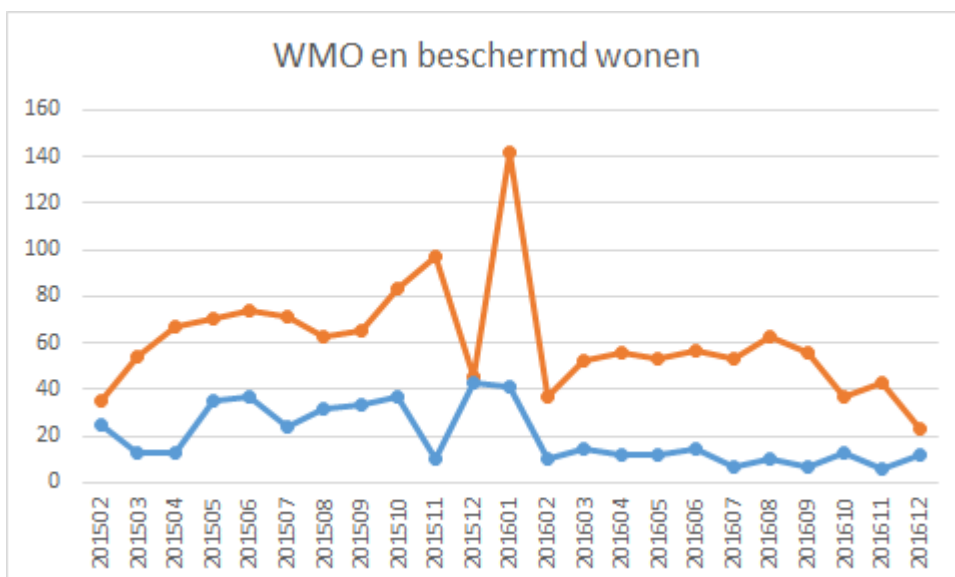
geconstateerd zijn in de aanlevering van deze data door zorgaanbieders. Deze getallen kunnen dus afwijken van de werkelijkheid.

In onderstaande grafieken is per maand het aantal nieuwe personen dat gebruik maakt van het aanbod in beeld gebracht.



Figuur 15: Instroom nieuwe cliënten Jeugd

Voor het domein jeugd lijkt zich een duidelijke afname van de instroom **nieuwe** cliënten af te tekenen. Naar verwachting ligt hier dan ook het probleem niet. Probleem lijkt meer te concentreren op cliënten die in zorg blijven.



Figuur 16: Instroom nieuwe cliënten WMO en BW

Voor WMO (roodbruine lijn) lijkt de instroom van nieuwe cliënten ook af te nemen maar is dat nog minder duidelijk. De piek voor WMO rond de overgang van 2015 naar 2016 is ongetwijfeld een anticipatie/reactie op afspraken.

Voor BW was er in 2015 duidelijk een hogere instroom van nieuwe cliënten dan in 2016. Het niveau in 2016 lijkt niet verder te dalen.

De verschillende toegangsroutes voor JH laten een duidelijk verschillend beeld zien. In 2016 kwam volgens de gegevens van de zorgaanbieders 55% van de arrangementen tot stand via de toegangsteams. Bij de toegangsteams ligt de nadruk op begeleiding:

- Ambulante individuele jeugdbegeleiding (28%)
- Ambulante groepsjeugdhulp (16%)
- Individuele begeleiding volwassenen (13%)

De percentages hebben geven het deel weer van het aantal arrangementen dat via de toegangsteams tot stand kwam.

Via de alternatieve route kwam 41% van de arrangementen tot stand. Dat vooral op GGZ-behandeling. Dat is 80% van de arrangementen die in 2016 via deze route tot stand kwam. Gevolgd door 7% ambulante individuele jeugdbegeleiding.

Via de de route gecertificeerde instelling kwam in 2016 nog maar 4% van de arrangementen tot stand. In 41% van de gevallen ging het om ambulante individuele jeugdbegeleiding.

2.2.4 Arrangementen

Tenslotte hebben we een verdiepingsslag gemaakt op het aantal en soort arrangementen en bijzonderheden daarin.

2.2.4.1 Aantallen

In 2015 is gebruik gemaakt van 23 verschillende arrangementen. In 2016 stijgt dit naar 26 arrangementen doordat vier extra arrangementen worden geactiveerd en 1 arrangement niet terugkomt.

In 2015 zijn 18.948 arrangementen bekostigd. Dat steeg in 2016 naar 23.392. De top drie arrangementen zijn:

- GGZ Behandeling; 7.699 in 2015 en 8.238 in 2016
- Ambulante individuele jeugdbegeleiding; 3.546 in 2015 en 5.060 in 2016
- Ambulante groepsjeugdhulp; 1.436 in 2015 en 2.020 in 2016

Deze arrangementen vormen samen 67% van het aantal arrangementen in 2015 en 81% in 2016. Daarmee zijn dit ook de drie grootste stijgers in aantallen.

2.2.4.2 Aandeel

In 2016 was het aandeel per arrangement als volgt:

	Waarde	Aantal
Ambulante indiv jeugdbegeleiding	17%	22%
Verblijf BW +/- dagbesteding ZIN	16%	3%
GGZ Behandeling	15%	35%
Residentiële behandeling	11%	3%
Verblijf	10%	5%
Ambulante groepsjeugdhulp	7%	9%
Individuele begeleiding volw ZIN	5%	6%
GGZ 24-uurs verblijf	4%	1%
Ambulante behandeling	2%	2%
Beschermd wonen zonder verblijf	2%	1%
Groepsbegeleiding ouderen ZIN	2%	2%
Groepsbegeleiding VG/LG volw ZIN	2%	1%
Begeleid wonen	2%	0%

In 2015 was Ambulante individuele jeugdbegeleiding nog veertien procent van de waarde en acht

procent van het aantal en stond GGZ-behandeling met achttien procent van de waarde en 41% van het aantal nog bovenaan.

2.2.4.3 Prijzen

De duurste arrangementen zijn de arrangementen die betrekking hebben op wonen/verblijf. De top vijf in 2016 is:

	Min van Referentietarief	Max van Referentietarief	Gemiddelde van Referentietarief
Inloopfunctie GGZ ZIN	€ 572.606	€ 572.606	€ 572.606
Begeleid wonen	€ 31.402	€ 50.855	€ 41.906
Verblijf BW +/- dagbesteding ZIN	€ 20.039	€ 82.260	€ 40.499
GGZ 24-uurs verblijf	€ 9.434	€ 65.730	€ 37.847
Residentiële behandeling Beschermd wonen zonder verblijf	€ 13.116	€ 64.449	€ 25.137
GGZ verblijf zonder overnachting	€ 3.723	€ 26.258	€ 19.599
Verblijf	€ 15.530	€ 15.530	€ 15.530
	€ 8.091	€ 62.314	€ 14.157

De gemiddelde prijzen van deze arrangementen zijn in 2016 overwegend lager dan in 2015. Dit komt door een generieke korting van vijf procent in 2016 en een degressief tarief GGZ.

2.2.4.4 Stapeling van arrangementen

Een belangrijk deel van de cliënten heeft in de periode 2015/2016 gebruik gemaakt van meer dan één arrangement. Van de 18.383 verschillende cliënten die in deze twee jaar zorg afgenomen hebben, zijn er 7.221 (39%) waarbij dat beperkt is gebleven tot één arrangement. Deze cliënten zijn goed voor 12% van de uitgaven.

6.089 cliënten nemen twee arrangementen af en zijn daarmee goed voor 30% van de uitgaven. De overige 31% van de cliënten nemen meer dan drie arrangementen af en zijn daarmee goed voor 58% van de uitgaven. Het aantal arrangementen per cliënt loopt op tot zeventien.

Arrangementen die relatief vaker ongestapeld worden toegepast zijn:

- Groepsbegeleiding ouderen ZIN
- Beschermd wonen zonder verblijf
- Individuele begeleiding volw ZIN

Arrangementen die juist veel voorkomen in stapelingen zijn:

- Logeren
- GGZ 24-uurs verblijf
- GGZ verblijf zonder overnachting

Arrangementen die niet of nauwelijks worden ingezet in stapelingen van drie of meer zijn:

- Individuele begeleiding volw ZIN
- Verblijf BW +/- dagbesteding ZIN
- Dyslexie behandeling
- Groepsbegeleiding ouderen ZIN
- Dyslexie diagnose
- Groepsbegeleiding VG/LG volw ZIN

Stapeling van arrangementen komt niet alleen voor in combinatie met andere arrangementen. In onderstaande opsomming wordt het aandeel van de cliënten getoond waarin het arrangement in de afgelopen twee jaar meer dan één keer is gebruikt.

Verblijf	61%
Verblijf BW +/- dagbesteding ZIN	60%
GGZ Behandeling	50%
Individuele begeleiding volw ZIN	48%
Groepsbegeleiding VG/LG volw ZIN	47%
Ambulante indiv jeugdbegeleiding	45%
Ambulante groepsjeugdhulp	43%
Dyslexie behandeling	38%
Ambulante behandeling	37%
Residentiële behandeling	36%
Groepsbegeleiding ouderen ZIN	36%
Logeren	28%

Bijvoorbeeld bij 61% van de cliënten waarvoor het arrangement Verblijf is ingezet, is het arrangement meer dan één keer ingezet. Dit kan overigens ook doorstromen zijn uit het voorgaande jaar wegens de werking van de kalenderjaarsystematiek.

Bij de kleine 2.000 cliënten die goed zijn voor vijftig procent van de uitgaven, is bij 92% sprake van stapeling. Bij deze categorie cliënten zien we een verschuiving in de dubbel toegepaste arrangementen. In onderstaande opsomming is te zien dat als een arrangement wordt toegepast, bij welk aandeel van de cliënten het dan ook meer dan één keer wordt toegepast.

Ambulante individuele jeugdbegeleiding	76%
GGZ Behandeling	72%
Verblijf BW +/- dagbesteding ZIN	67%
Verblijf	65%
Residentiële behandeling	55%

Ambulante individuele jeugdbegeleiding wordt indien toegepast in 76% van de gevallen meer dan één keer toegepast. In zeventien gevallen zelfs vijf keer of meer. Bij 80% van deze cliënten is ook sprake van twee of meer aanbieders en bij 51% van drie of meer aanbieders.

Ook in deze categorie cliënten (met relatief veel arrangementen en meerdere aanbieders) zijn Xonar, Mondriaan, de Koraalgroep en Levanto goed voor 56% van de aangeboden arrangementen.

2.2.5 Belangrijkste bevindingen data-onderzoek

DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN UIT HET DATA-ONDERZOEK

De belangrijkste kengetallen zijn:

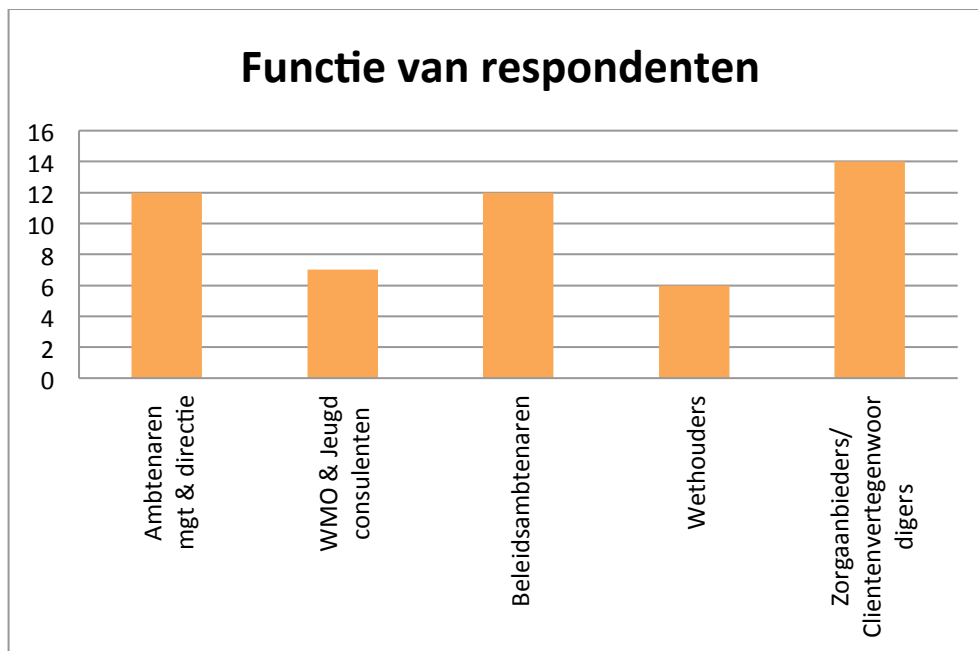
Totale zorginkoop ZL	2015	2016	Delta absoluut	Delta (%)
Spend	138,5 mio €	158,4 mio €	+ 20 mio €	+ 14,4%
# Zorgaanbieders	134	175	+ 41	+ 30,1%
# Arrangementen	18.948	23.392	+ 4.444	+ 23,5%
# Personen zorg	12.985	15.017	+ 2.032	+ 15,6%

1. Het aantal gecontracteerde zorgaanbieders (WMO, BW, JH samen), zijn er circa 300 in 2016.
2. Het aantal afgenomen arrangementen, is gestegen over de hele linie. Ambulante individuele jeugdbegeleiding is met een toename van 43% de grootste stijger.
3. In het domein Jeugd is het aantal nieuwe cliënten dat begint aan een arrangement, afgenomen van tussen de 700 en 1.000 per maand begin 2015 naar tussen 200 en 400 per maand in de tweede helft van 2016. De stijging wordt aldus primair veroorzaakt doordat cliënten langer in de zorg verblijven.
4. De toename van het aantal personen dat zorg afgenomen heeft, is voornamelijk toe te schrijven aan cliënten die zorg afnemen voor minder dan 5.000 euro per jaar. Het aantal cliënten stijgt met 1.665, de uitgaven stijgen met 4,9 miljoen euro.
5. De uitgaven voor zorg per inwoner per gemeente verschillen sterk. Dit kan een rechtstreeks gevolg zijn van het woonplaatsbeginsel.
6. Nieuwe toetreders zijn voornamelijk kleine zorgaanbieders met een gemiddelde omzet van 36.500 euro en zijn samen goed voor 1,8 miljoen euro. Deze nieuwe toetreders richten zich vooral op begeleiding.
7. De omzet van de top-10 zorgaanbieders is van 73,5% naar 64% gedaald. De top-9 daarvan bestaat uit dezelfde zorgaanbieders.
8. De vijftig zorgaanbieders met de laagste bijdrages, leveren in 2015 bij elkaar slechts 0,4% van het totaal. In 2016 is dat 0,3%. Daarnaast leveren er circa 125 gecontracteerde zorgaanbieders in het geheel geen zorg.
9. We zien 10 zorgaanbieders die in 2015 wel zorg geleverd hebben, niet meer terug in 2016.
10. 96 Zorgaanbieders stijgen in omzet. Het aantal cliënten dat ze bediend hebben, stijgt ongeveer rechtevenredig mee.
11. 19 Zorgaanbieders dalen in omzet.
12. De 1.000 grootste zorgafnemers dalen in % van de totale kosten van 38% naar 35,3%, maar stijgen in absolute kosten van 53 naar 56 miljoen euro.
13. De top-3 arrangementen zijn samen goed voor 81% van het totale aantal gerealiseerde arrangementen. Dit zijn GGZ-behandeling, ambulante individuele jeugdbegeleiding en ambulante groepsjeugdhulp (tevens de grootste stijgers)
14. Bij de kleine 2.000 cliënten die goed zijn voor 50% van de uitgaven, is bij 92% sprake van stapeling van arrangementen. Stapeling kan plaats vinden over domeinen, met gelijke arrangementen en met verschillende arrangementen.
15. Via de alternatieve toegangsrouten komt vooral GGZ-behandeling tot stand. Via de toegangsteams ligt de nadruk op begeleidingsarrangementen.
16. Gemeenten verschillen van elkaar in het bedrag per inwoner dat besteed wordt aan WMO en Jeugdzorg, in de inzet van arrangementen en leveranciers. Dit wordt deels veroorzaakt door aanwezigheid instelling met verblijf zoals in Eijsden-Margraten en Simpelveld.
17. De gemiddelde prijzen van de duurste arrangementen zijn in 2016 gedaald ten opzichte van 2015 door een generieke korting van vijf procent en degressief tarief GGZ.

2.3 Q-sort: resultaten uit het veldonderzoek

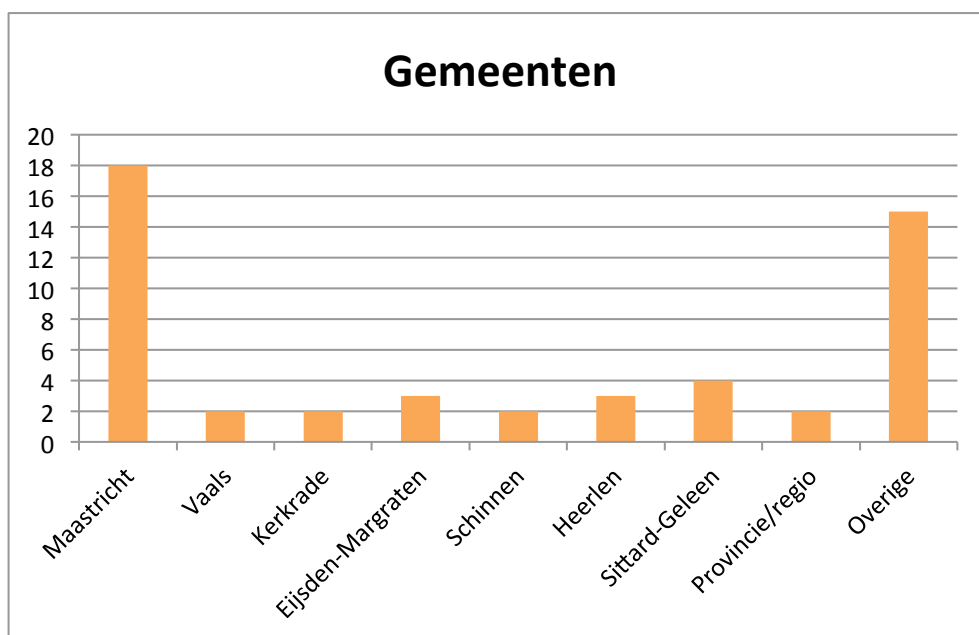
2.3.1 Respondenten (P-Set)

Zoals eerder beschreven in hoofdstuk één hebben 51 respondenten deelgenomen aan het veldonderzoek. Een overkoepelende stakeholder analyse heeft geleid tot de selectie van deze deelnemers. Allereerst zijn verschillende groepen gevormd op basis van functiegebied in het Sociaal Domein. Figuur vijftien laat zien welke functiegebieden vertegenwoordigd zijn. De kleinste groep is die van de wethouders, dit zijn zes vertegenwoordigers. De grootste groep ‘zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers’ bestaat uit veertien personen. Er is gekozen voor deze brede groep respondenten om zodoende zo veel mogelijk meningen te kunnen optekenen. In deze laatste groep hebben zowel grote als kleine zorgaanbieders deelgenomen, alsmede cliëntenvertegenwoordigers. Het volledige overzicht is terug te vinden in bijlage drie.



Figuur 17: Functies van respondenten

Een tweede criterium is dat we vertegenwoordiging hebben vanuit verschillende gemeenten. De gemeente Maastricht is logischerwijs vertegenwoordigd en daarnaast is gekozen voor zes andere gemeenten, zodat voldoende regionale gebiedspreiding aanwezig is in het onderzoek. De relatief grote groep ‘overige’ bestaat uit zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers die voor meerdere gemeenten werken. Tot slot is er de vertegenwoordiging van ambtenaren werkzaam in de regio of provincie. Ook hier is gekozen voor een brede groep, waardoor de uitkomsten een ruime spreiding laten zien.



Figuur 18: Deelnemende gemeenten

2.3.2 Resultaten openingsvragen

Voorafgaande aan de Q-sort zijn vier vragen gesteld aan de respondenten. In het onderzoek is aan de respondenten gevraagd een score te geven tussen 0 en 10 aan de volgende thema's:

- Tevredenheid zorginkoop 2016
- Tevredenheid beheersbaarheid
- Tevredenheid geleverde zorg aan cliënten
- Belang beslissings- bevoegdheid 1 gemeente

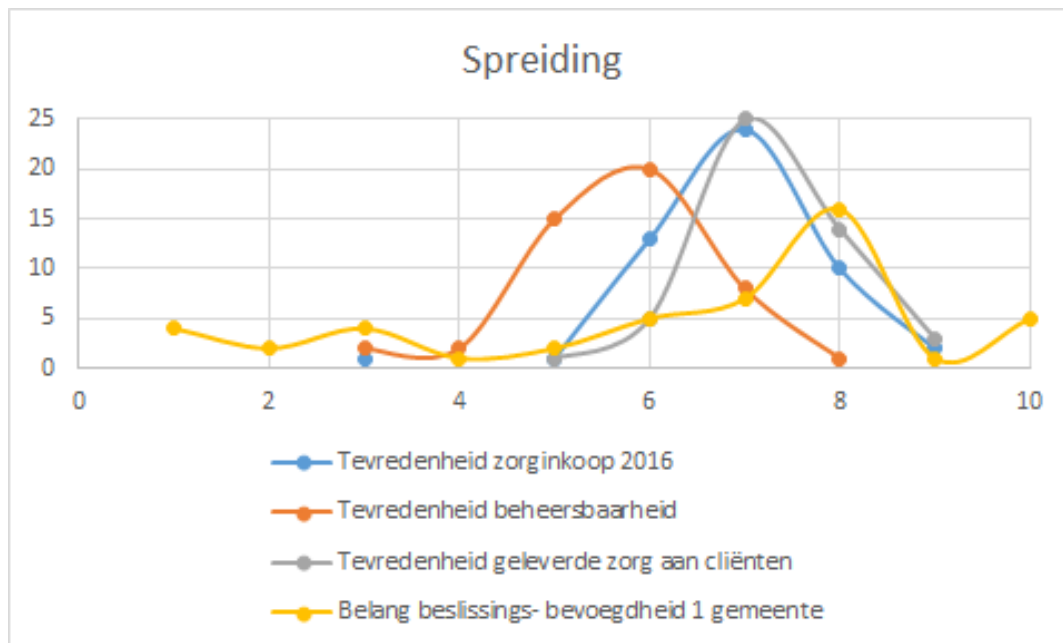
De groep als geheel heeft op deze vragen als volgt geantwoord:

	Tevredenheid Zorginkoop	Tevredenheid Beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg	Beslissingsbevoegdheid bij 1 gemeente
Gemiddelde	6,8	5,6	7,3	6,3
Standaard dev	0,98	1,03	0,83	2,64
Mediaan	7	6	7	7
Max	9	8	9	10
Min	3	3	5	1

Om de variatie binnen de groep respondenten in kaart te brengen is figuur zeventien opgenomen. Hier is te zien in welke mate de respondenten het met elkaar eens zijn. Hoe steiler de curve, hoe meer eensgezindheid te zien is over die specifieke vraag. Op de verticale as staan het aantal respondenten en op de horizontale as het gegeven rapportcijfer.

De lijn met betrekking tot de vierde vraag laat een grote afwijking zien ten opzichte van de andere vragen. Het betreft de vraag of de respondenten het belangrijk vinden dat de beslissingsbevoegdheid voor gezamenlijke inkoopvraagstukken bij één gemeente wordt belegd. De respondenten verschillen hier fors van mening. Dit is dan ook terug te zien in figuur zeventien, waar

de standaarddeviatie maar liefst 2,64 is. Ook is in de tabel duidelijk waarneembaar dat de tevredenheid over de beheersbaarheid minder is dan de tevredenheid over de kwaliteit van zorg en de inkoop 2016.



Figuur 19: Spreiding rapportcijfers openingsvragen

De individuele scores van de respondenten zijn opgenomen in bijlage vijf.

2.3.2.1 Resultaten openingsvragen per groep uitgesplitst

Om te kunnen onderzoeken of er verschillen tussen de groepen bestaan en waar eventuele overeenkomsten liggen, zijn de resultaten ook berekend per separate groep. In onderstaande tabellen zijn deze cijfers opgenomen:

Ambtenaren mgt & directie	Tevredenheid Zorginkoop	Tevredenheid Beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg	Beslissingsbevoegdheid bij 1 gemeente
Gemiddelde	7,0	5,6	7,3	7,27
Standaard dev	0,71	0,95	0,64	2,05
Mediaan	7	6	7	8
Max	8	7	8	10
Min	6	3	6	3

WMO/Jeugd consulent	Tevredenheid Zorginkoop	Tevredenheid Beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg	Beslissingsbevoegdheid bij 1 gemeente
Gemiddelde	6,4	6,1	6,8	7,1
Standaard dev	0,69	0,64	0,84	0,73
Mediaan	6	6	7	7
Max	8	7	8	8
Min	6	5	5	6

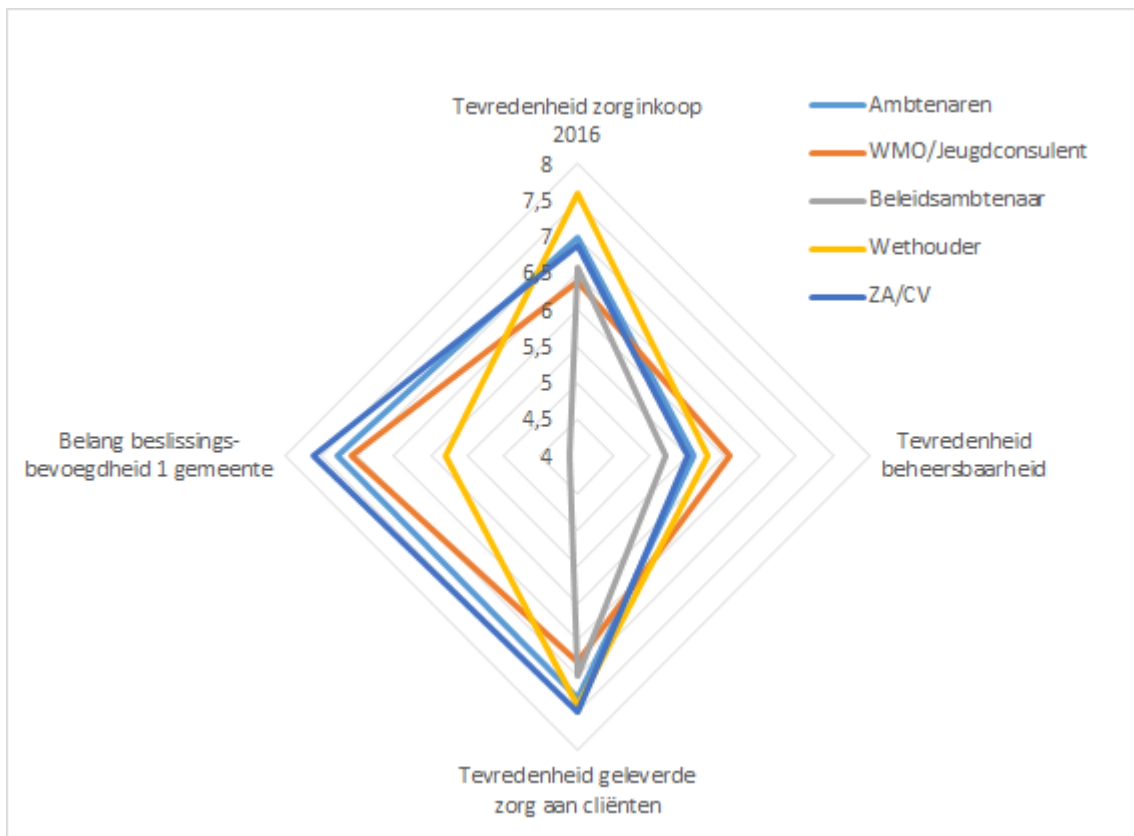
Beleidsambtenaar	Tevredenheid Zorginkoop	Tevredenheid Beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg	Beslissingsbevoegdheid bij 1 gemeente
Gemiddelde	6,6	5,2	7,0	4,1
Standaard dev	1,16	0,69	0,62	2,63
Mediaan	7	5	7	3
Max	8	6	8	8
Min	3	4	6	1

Wethouders	Tevredenheid Zorginkoop	Tevredenheid Beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg	Beslissingsbevoegdheid bij 1 gemeente
Gemiddelde	7,6	5,8	7,4	5,8
Standaard dev	0,94	0,47	0,84	3,6
Mediaan	7,65	6	7	8
Max	9	6,5	9	10
Min	6	5	6,5	1

Zorgaanbieders / clientvertegenwoordigers	Tevredenheid Zorginkoop	Tevredenheid Beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg	Beslissingsbevoegdheid bij 1 gemeente
Gemiddelde	6,9	5,5	7,5	7,6
Standaard dev	0,97	1,42	0,93	1,60
Mediaan	7	5	7,5	8
Max	9	8	9	10
Min	5	3	6	5

Om een duidelijk overzicht te krijgen, is aanvullend aan deze tabellen een grafiek opgenomen. Hoe de gemiddelde waarderingen van de groepen zich onderling verhouden, is dan ook zichtbaar in figuur achttien. Een aantal opvallendheden:

- De beleidsambtenaren zien gemiddeld het minste belang in het beleggen van de beslissingsbevoegdheid bij één gemeente, gevolgd door de wethouders.
- Gemiddeld genomen zijn alle groepen redelijk tot zeer tevreden over de zorginkoop 2016 en over de geleverde zorg aan cliënten.
- De tevredenheid met betrekking tot de beheersbaarheid scoort gemiddeld een krappe voldoende, bij de beleidsambtenaren een onvoldoende.
- De wethouders zijn het zeer oneens over de wenselijkheid van de beslissingsbevoegdheid bij 1 gemeente, hun meningen variëren van een 1 tot een 10 en laten een standaarddeviatie zien van maar liefst 3.6.
- De WMO/Jeugd consulenten zijn eensgezind, gezien alle standaard deviaties binnen die groep onder de 0,84 vallen.



Figuur 20: Gemiddelde waarderingen openingsvragen

Concluderend kan gesteld worden dat de respondenten over het algemeen in ruime mate tevreden zijn over de zorginkoop van 2016 en de kwaliteit van de zorg aan de cliënten. De beheersbaarheid scoort tussen de vijf en zes en is daarmee een punt van aandacht. De vraag wat iedereen vindt van de beslissingsbevoegdheid bij één gemeente levert veel verschil van inzicht op en is primair een politieke discussie.

Tussen de groepen onderling is zichtbaar dat de beleidsambtenaren overall gemiddeld gezien het minst positief scoren, de wethouders zijn ten opzichte van de andere groepen zeer positief over de zorginkoop 2016.

2.3.3 Bevindingen van de Q-sort

De uitkomst van de Q-sort levert een overzicht op van de rangschikking van alle individuele respondenten (P-set, zie bijlage drie) per variabele (Q-set, zie bijlage vier). Het volledige overzicht van de antwoorden per respondent is opgenomen in bijlage zeven.

Bij het analyseren van de gegevens in de tabellen zijn verschillende benaderingen zichtbaar. Zo kan per variabele worden bekeken of deze collectief hoog, danwel laag scoort. Een voorbeeld hiervan is variabele zestien. Variabele zestien betreft de beheersbaarheid van de zorgkosten. Deze scoort collectief zeer hoog, elf respondenten geven deze variabele een +4 en nog eens zes respondenten geven een +3. Daartegenover scoort één respondent -4 en twee respondenten een -3. Een voorbeeld van een variabele die collectief laag scoort is dertien. Variabele dertien betreft de overgang naar populatiebepaling. Gemiddeld is deze gewaardeerd met een -1,47. Er zijn ook variabelen waarbij de deelnemers een gevarieerd beeld laten zien, zoals variabele vijf of twaalf die een brede variatie laten zien. Een verdiepingsslag is gemaakt, na afloop van de Q-sorting, door een aantal verdiepende

open vragen te stellen met als doel de motivatie te achterhalen van het plaatsen van variabelen op de hoogste en laagste plaatsen op het scoresheet.

2.3.4 Profielen voor zorginkoop in Zuid-Limburg

De Q-sort methode is gebruikt om profielen samen te stellen op basis van de individuele perspectieven van de respondenten. De profielen geven aan wat de samenwerking binnen Zuid-Limburg bindt: waar overeenstemming over is en wat de samenwerking sterker maakt. Door data-analyse is vastgesteld dat 67% van de deelnemers binnen zes profielen zijn in te delen. Dit feit alleen bevestigt dat er zoals verwacht sprake is van een erg breed veld aan meningen en overtuigingen. Ter vergelijking: bij andere onderzoeken die wij uitgevoerd hebben via Q-sort vinden we bijvoorbeeld een uitkomst van 76% die in drie profielen in te delen valt. Dit indiceert dat de meningen van alle individuele respondenten veel dichter bij elkaar liggen, dan in het geval van dit onderzoek.

De meeste van de overige respondenten zijn vervolgens te verdelen in deze zes profielen, gebaseerd op hun individuele *rankings*. De gebruikte software heeft de voorkeuren van de deelnemers berekend en hen vervolgens in een van de profielen ingedeeld. In figuur 21 zijn de zes profielen weergegeven.

De zes profielen vertegenwoordigen allemaal een groep respondenten, die het voor een significant deel met elkaar eens zijn en belang hechten aan dezelfde zaken. We hebben deze zes profielen een naam gegeven, die zo goed mogelijk duiding geeft aan de algehele mening van deze groep. Minstens 67% van de respondenten zal zich in één van deze profielen herkennen. Overigens was bij het invullen van de Q-sort (zoals bij de meeste Q-sorts) bij de meeste respondenten de neiging om een ruime meerderheid van de variabelen bij de eerste rangschikking in het vak 'Meest mee eens' te leggen. Dit heeft geen effect op de uiteindelijke uitkomsten.

Profielnr	Profielnaam	Hoeveelheid respondenten t.o.v. geheel
1	Grip & Sturen	20%
2	Zorg Voorop	14%
3	Ruimte en Flexibiteit	9%
4	Controle en Beheersing	9%
5	Samen Versimpelen	8%
6	Samen kleine stappen vooruit	7%
	Cumulatief	67%

Figuur 21: Profielen Q-sort

In onderstaande tabel is duidelijk welke variabelen het belangrijkste en het minst belangrijk worden gevonden door de respondenten die in die profielen zijn ingedeeld. Nummer één geeft aan dat dit de belangrijkste variabele is in deze groep, gevolgd door twee en drie. Op nummer zestien, zeventien en achttien zijn de minst belangrijke variabelen geplaatst voor deze groep. De onderlinge correlatie vindt dus niet alleen plaats op de 'sterkst mee eens' variabelen, maar ook op de 'minst mee eens' variabelen, zo ontstaat een totaalbeeld van de gedeelde mening van de groepen. Op basis van deze uitkomsten hebben de profielgroepen hun kenmerkende naam gekregen.

	1 (sterkst mee eens)	2 (sterk mee eens)	3 (sterk mee eens)	16 (minder mee eens)	17 (minder mee eens)	18 (minst mee eens)
Profielnr 1 (Grip en sturen)	Beheersbaarheid van de zorgkosten	Transparantie en verantwoording van geldstromen	Een gedeeld beleid en uitstraling	Zorgaanbieders betrekken bij het vaststellen van de tarieven	Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek	Uniforme tarieven
Profielnr 2 (Zorg voorop)	Ruimte geven aan de zorgaanbieder	Versimpelen van de bekostigings methodiek	Beperken van de administratieve lasten voor zorgaanbieders	Intensieve samenwerking tussen de gemeenten	Meer variatie in aanbestedings methodieken	De mogelijkheid tot beperken hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders
Profielnr 3 (Ruimte en flexibiliteit)	Flexibiliteit en ruimte voor doorontwikkeling gedurende contract	Samenwerking als dat wenselijk is vanuit het volume of specialisme	Ruimte geven aan de zorgaanbieder	Uniforme tarieven	Meer variatie in aanbestedings methodieken	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang
Profielnr 4 (Controle en beheersing)	Beheersbaarheid van de zorgkosten	De mogelijkheid tot beperken van hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders	Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang	Meer variatie in aanbestedings methodieken	De overgang naar populatie bekostiging
Profielnr 5 (Samen versimpelen)	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang	Een gedeeld beleid en uitstraling	Beperken van de administratieve lasten voor zorgaanbieders	De overgang naar populatie bekostiging	Uniforme tarieven	Het betrekken van cliënten in het inkoopproces
Profielnr 6 (Samen kleine stappen vooruit)	Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek	Intensieve samenwerking tussen de gemeenten	Transparantie en verantwoording van geldstromen	De overgang naar populatie bekostiging	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang	De mogelijkheid tot beperken hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders

In de volgende tabel zien we welke 36 respondenten voorkeur hebben voor welk profiel:

	Sterke correlatie op de +	Sterke correlatie op de -	Opvallend
Profielnr 1 (Grip en sturen)	6, 14, 18, 36, 39		Gemengde groep (geen zorgaanbieders)
Profielnr 2 (zorg voorop)	20, 30, 41, 50	5, 10, 31, 47	+ correlatie is volledig zorgaanbieders - correlatie is volledig ambtenaar
Profielnr 3 (Ruimte en flexibiliteit)	2, 17, 23, 34, 45, 48, 49		Gemengd met maar 1 zorgaanbieder
Profielnr 4 (controle en beheersing)	19, 21, 25, 26, 27, 32, 37, 38		Gemengde groep
Profielnr 5 (Samen versimpelen)	8, 11, 43, 51	9	Volledig gevormd door zorgaanbieders
Profielnr 6 (samen kleine stappen vooruit)	12, 15, 28		2 ambtenaren en 1wethouder

De andere respondenten kunnen wel worden gelinkt aan een profiel, maar hebben soms bijna net zoveel correlatie met twee verschillende profielen. Vandaar dat deze niet direct worden meegenomen. Het eerste profiel is vaak de sterkste van de resultaten van het onderzoek. Dit

betekent dat veel van de respondenten zich kunnen vinden in deze samenstelling van voorkeuren en dat hier dus makkelijk overeenstemming over gevonden zal worden.

In dit onderzoek is dat ook het geval met 20% van de respondenten dat zich herkent in het profiel Grip en Sturen.

2.3.5 Verschillen tussen de zes profielen

De software die gebruikt wordt voor de Q-sort analyse heeft ook de mogelijkheid om de sterkste discrepanties vast te stellen tussen de verschillende respondenten. Nu duidelijk is op welke wijze de profielen vorm hebben gekregen, kunnen de onderlinge verhoudingen worden geschetst. Hierbij is aandacht voor zowel de overeenkomsten, als de verschillen tussen de drie profielen. De reden dat dit wordt gedaan is om mogelijke toekomstige conflictsituaties te kunnen voorspellen en voorkomen.

Grootste meningsverschillen tussen de verschillende profielen zijn opgenomen in figuur 22.

Nr	Variabele	Profiel 1	Profiel 2	Vershil
10	Meer variatie in aanbestedingsmethodieken	0.752	-1.111	1.862
18	Zorgaanbieders betrekken bij het vaststellen van tarieven	-1.137	1.005	-2.143
Nr	Variabele	Profiel 1	Profiel 3	Vershil
16	Beheersbaarheid van de zorgkosten	1.620	-0.549	2.169
9	Flexibiliteit en ruimte voor doorontwikkeling gedurende contract	0.306	1.961	-1.655
Nr	Variabele	Profiel 1	Profiel 4	Vershil
10	Meer variatie in aanbestedingsmethodieken	0.752	-1.853	2.605
11	Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek	-1.767	0.810	-2.577
Nr	Variabele	Profiel 1	Profiel 5	Vershil
8	Het betrekken van cliënten in het inkoopproces	0.649	-2.152	2.801
18	Zorgaanbieders betrekken bij het vaststellen van de tarieven	-1.137	0.826	-1.963
Nr	Variabele	Profiel 1	Profiel 6	Vershil
3	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang	-0.098	-1.460	1.362
11	Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek	-1.767	1.830	-3.596
Nr	Variabele	Profiel 2	Profiel 3	Vershil
3	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang	-0.008	-2.004	1.996
1	Samenwerking als dat wenselijk is vanuit het volume of specialisme	-1.047	1.703	-2.751
Nr	Variabele	Profiel 2	Profiel 4	Vershil
13	De overgang naar populatie bekostiging	0.378	-1.936	2.314
12	De mogelijkheid tot beperken hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders	-1.727	0.901	-2.628
Nr	Variabele	Profiel 2	Profiel 5	Vershil
8	Het betrekken van cliënten in het inkoopproces	1.006	-2.152	3.158
5	Een gedeeld beleid en uitstraling	-0.378	1.681	-2.059
Nr	Variabele	Profiel 2	Profiel 6	Vershil
15	Versimpeling van de bekostigingsmethodiek	1.633	-0.477	2.110
6	Intensieve samenwerking tussen de gemeenten	-1.086	1.616	-2.702
Nr	Variabele	Profiel 3	Profiel 4	Vershil
13	De overgang naar populatie bekostiging	0.364	-1.936	2.300
16	Beheersbaarheid van de zorgkosten	-0.549	2,385	-2.933
Nr	Variabele	Profiel 3	Profiel 5	Vershil
9	Flexibiliteit en ruimte voor doorontwikkeling gedurende contract	1.961	-0.714	2.676
3	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang	-2.004	1.738	-3.742
Nr	Variabele	Profiel 3	Profiel 6	Vershil
12	De mogelijkheid tot beperken hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders	0.218	-1.681	1.899
11	Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek	-0.754	1.830	-2.584

Nr	Variabele	Profiel 4	Profiel 5	Vershil
16	Beheersbaarheid van de zorgkosten	2.385	0.007	2.378
3	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang	-1.003	1.738	-2.742
Nr	Variabele	Profiel 4	Profiel 6	Vershil
12	De mogelijkheid tot beperken hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders	0.901	-1.681	2.582
10	Meer variatie in aanbestedingsmethodieken	-1.853	-0.137	-1.716
Nr	Variabele	Profiel 5	Profiel 6	Vershil
3	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang	1.738	-1.460	3.198
8	Het betrekken van cliënten in het inkoopproces	-2.152	-0.184	-1.967

Figuur 22: Grootste meningsverschillen tussen de profielen

De variabelen waar de kans op conflictvorming het grootst is, worden gekenmerkt door een hoge score op verschil en/of meerdere vermeldingen in figuur 23. Het betreft de variabelen:

3	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang
8	Het betrekken van cliënten in het inkoopproces
9	Flexibiliteit en ruimte voor doorontwikkeling gedurende contract
10	Meer variatie in aanbestedingsmethodieken
11	Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek
12	De mogelijkheid tot beperken hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders
13	De overgang naar populatie bekostiging
16	Beheersbaarheid van de zorgkosten
18	Zorgaanbieders betrekken bij het vaststellen van de tarieven

Figuur 23: Variabelen met grootste kans op conflictvorming ZL

Opvallend hierbij is dat bij variabele zestien tussen drie profielen een groot meningsverschil is, terwijl dit gemiddeld de hoogste score behaalt van alle respondenten. De profiel drie of vijf scoren hier neutraal of zelfs negatief op en geven daarmee aan meer belang te hechten aan andere zaken.

Daarnaast zien we duidelijke meningsverschillen over de mate van inspraak, de ontwikkeling van methodieken en de mate van de flexibiliteit versus beheersbaarheid.

De gegevens zijn belangrijk omdat we op basis van deze uitkomsten daadwerkelijk kunnen voorspellen op welke gebieden het aannemelijk is dat conflictvorming een succesvolle samenwerking in de weg kan staan. Op basis van bovenstaande gegevens kan worden vastgesteld dat in toekomstige samenwerkingsverbanden en beleidsontwikkelingen rekening moet worden gehouden met de aanzienlijke variatie in de onderwerpen genoemd in figuur 23.

2.3.6 Resultaten afsluitende interviewvragen

In de afsluitende interviewvragen is aan alle respondenten gevraagd een toelichting te geven op hun scores waar ze het minst en meest mee eens waren. Hiermee kan nuancering aangebracht worden in de resultaten. Voor deze scores wordt in deze paragraaf samenvattend weergegeven welke nuancerings gegeven zijn. Daar waar het variabelen betreft, waar conflictvorming verwacht wordt, is eveneens de koppeling gemaakt met de zes profielen.

Variabele 1: Samenwerking als dat wenselijk is vanuit het volume of specialisme

De variabele is in totaal 1 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 11 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Belangrijkste nuancering is dat samenwerking geen doel op zich moet zijn, maar dat samenwerking vooral gezocht moet worden daar waar dit een inhoudelijke motivatie heeft. Bijvoorbeeld om een specialistische vorm van zorg te kunnen garanderen. Of om een sterkere onderhandelingspositie te krijgen.

Variabele 2: Beperken van de administratieve lasten voor zorgaanbieders

De variabele is in totaal 2 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 6 keer als meest mee eens (+3 of +4).

De belangrijkste nuancering die gegeven is, betreft de uitspraak dat de meeste energie moet gaan naar de zorgverlening en niet naar de administratie. Daarbij geeft een enkeling aan dat het beperken van administratieve lasten niet alleen voor zorgaanbieders moet gelden, maar zeker ook voor gemeenten.

Bij de respondenten die het hier het minst mee eens waren, werd aangegeven dat dit probleem niet te groot gemaakt moet worden en grootschaligheid juist niet teveel beloond moet worden door te willen standaardiseren. Dat enige vorm van administratieve last het juist mogelijk maakt dat ook kleine lokale initiatieven tot hun recht komen en dat daar meer waarde aan gehecht wordt.

Variabele 3: Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang

Omdat deze variabele hoog scoort op de kans op conflictvorming, wordt deze beschrijving verdiept met een beschouwing ten opzichte van de zes profielen, waarin grote verschillen duidelijk herkenbaar zijn.

De variabele is in totaal maar liefst 16 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 3 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Profiel 5 (Samen Versimpelen), dat geheel uit zorgaanbieders bestaat, scoort hier unaniem hoog op. Voor hen is het vooral belangrijk dat het simpel wordt. Niet voor iedere gemeente eigen regels, eigen formulieren, eigen procedures, eigen voorwaarden, eigen termijnen. Deze groep zegt vooral dat het complex genoeg is allemaal. Slaat negatief aan op de behoefte om gemeentelijke toegang lokaal te organiseren. De noodzaak van een uniforme inrichting van toegang wordt verder onderbouwd vanuit het perspectief van de cliënt. Voor cliënten is overzichtelijkheid en vindbaarheid van zorg en dienstverlening belangrijk en die zou niet in iedere gemeente anders moeten zijn.

Bijna lijnrecht daarover staan profiel 3, 4 en 6, die juist de noodzaak benadrukken van een lokale c.q. gebiedsgerichte toegang. Die ruimte en flexibiliteit zoeken om lokaal andere inrichtingskeuzes te maken. Die benadrukken dat de colour locale een steeds grotere rol gaat spelen. Die aangeven tevreden te zijn met de wijze waarop de toegang nu geregeld is en weinig bereidheid tonen daarin veranderingen aan te brengen. Ook wordt aangegeven dat er op dit punt geen gedeelde visie is in de regio en wordt het risico benoemd dat er geen recht gedaan wordt aan verschillen tussen cliënten en vraagstukken door de toegang te uniformeren. In de respondenten die het minst eens scoren zitten vooral ambtenaren, beleidsambtenaren en wethouders.

Profiel 1 en 2 scoren neutraler op deze variabele.

Variabele 4: Proportionele gemeentelijke samenwerking (op verschillende schalen 6, 10, 18)

De variabele is in totaal 2 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 3 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Aan de minst mee eens kant is vooral gescoord omdat er weinig feeling was met deze variabele (vanuit perspectief zorgaanbieder). Aan de meest mee eens kant was de voornaamste onderbouwing dat evenwichtige samenwerking in de toch compacte regio Zuid-Limburg de belangrijkste voorwaarde is voor draagvlak en continuïteit en dat de gemeenten elk voor zich tekort schieten om de gewenste kwaliteit te leveren.

Variabele 5: Een gedeeld beleid en uitstraling

De variabele is in totaal 2 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 5 keer als meest mee eens (+3 of +4).

De minst mee eens stemmen geven aan dat gemeenten binnen ZL een verschillende sociale structuur en hierdoor ook verschillende aanpak en lokale beleidskeuzes kennen. Dat een gedeeld beeld en uitstraling een mooie, maar onrealistische droom is.

De meest mee eens stemmen geven aan dat een gedeeld beleid en uitstraling de gezamenlijke opdracht kracht en mandaat verleent en daarbij onontbeerlijk is. Dat hiermee duidelijk wordt dat de burger centraal staat en eventuele onderlinge verschillen overwonnen worden. Dat zowel in gedrag als uitvoering daadwerkelijk gewerkt wordt aan de transformatie uitgangspunten.

Variabele 6: Intensieve samenwerking tussen de gemeenten

De variabele is in totaal 1 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 5 keer als meest mee eens (+3 of +4).

In het algemeen is vrij neutraal gescoord op deze variabele. De minst mee eens stem geeft aan dat de intensieve samenwerking tussen gemeenten geen meerwaarde heeft voor de cliënt, maar benadrukt nogmaals dat volgens respondent de uniforme toegang daarentegen echt belangrijk is en dat op dat vlak meer samenwerking dan nu zeer wenselijk zou zijn.

Aan de positieve kant worden argumenten gegeven als kostenefficiënt, soms nodig zoals voor bepaalde vormen van jeugdzorg, gezamenlijke lobby, veronderstelde kostenvoordelen door volumebundeling en tarievenonderhandeling.

Variabele 7: Ruimte geven aan de zorgaanbieder

De variabele is in totaal 1 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 11 keer als meest mee eens (+3 of +4).

De minst mee eens stem geeft als motivatie dat ruimte geven aan kennis en expertise goed is, maar dat de zorgkosten onbeheersbaar worden zonder strakke hand.

Opvallend is dat de meest mee eens stemmen afkomstig zijn uit alle groepen respondenten. Rode draad in de antwoorden is dat de leverancier expert is en niet de gemeente en dat een expert maximaal ruimte moet krijgen om de best mogelijke zorg te kunnen leveren. Dat een leverancier het dichtst bij de uitvoering staat en in staat moet zijn kennis en innovatie in te zetten en te ontwikkelen. En dat de kwaliteitsborging vanzelf ingebakken zit: een ontevreden cliënt klopt vanzelf weer bij het toegangsteam aan immers.

Variabele 8: Het betrekken van cliënten in het inkoopproces (scoort eveneens hoog op kans op conflictvorming)

De variabele is in totaal 10 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 5 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Opvallend is dat profiel 5 (Samen Versimpelen) hier juist sterk scoort op minst mee eens. Dit profiel bestaat volledig uit zorgaanbieders. Voornaamste argumenten hiervoor zijn dat cliënten hier niet capabel genoeg voor zijn. Daarnaast wordt frequent benoemd dat het inkoopproces iets is tussen gemeenten en zorgaanbieders en dat de cliënt hierbuiten staat en hoort te staan. Dat de cliënt vooral betrokken moet worden bij de kwaliteit van de dienstverlening zelf, maar niet bij de inkoop. Dat het hierdoor erg complex wordt.

Anderzijds wordt benadrukt dat de cliënt juist het startpunt moet zijn en natuurlijk betrokken moet worden bij het inkoopproces. Zonder cliënt geen inkoop immers? Daarbij zou het ijkpunt moeten zijn of het wel of niet goed gaat met de cliënten en daar zouden ze zelf in betrokken moeten worden. Het is belangrijk dat een cliënt meer invloed krijgt dan in de huidige situatie het geval is.

Deze standpunten lijken niet goed verenigbaar met elkaar.

Variabele 9: Flexibiliteit en ruimte voor doorontwikkeling gedurende contract (scoort eveneens hoog op kans op conflictvorming)

De variabele is in totaal 1 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 10 keer als meest mee eens (+3 of +4).

De meeste respondenten zijn het eens met het belang van flexibiliteit en doorontwikkeling, maar dit hoeft niet gedurende de contractperiode te geschieden, zeker niet als dit ten koste dreigt te gaan van de continuïteit en aandacht voor de zorg zelf. Er wordt aangegeven dat er teveel verlangd en gevraagd wordt en dat dit niet allemaal tegelijk mogelijk is.

Aan de meest mee eens kant wordt het belang van wendbaarheid, het inspelen op nieuwe ontwikkelingen en het continue aandacht hebben voor doorontwikkeling en innovatie benoemd. Ook wordt benoemd dat er nog sprake is van een leerproces dat nog minimaal vijf jaar nodig heeft en dat het juist daarom extra belangrijk is dat er voldoende flexibiliteit en ruimte is en blijft.

Ook hier onderscheidt profiel 5 (Samen Versimpelen) zich, ze staan bijna lijnrecht tegenover profiel 3 (Ruimte en flexibiliteit). Profiel 3 op haar beurt staat ook nog op gespannen voet met profiel 1 (Grip en Sturen).

Variabele 10: Meer variatie in aanbestedingsmethodieken (scoort eveneens hoog op kans op conflictvorming)

De variabele is in totaal 10 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 3 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Profiel 2 (Zorg voorop), profiel 3 (Ruimte en flexibiliteit) en profiel 4 (Controle en beheersing) zijn het grotendeels het minst eens met de wens om meer variatie aan te brengen in aanbestedingsmethodieken. Profiel 1 (Grip en sturen) is het juist het meest eens in het aanbrengen van meer variatie, maar dreigt hiermee in conflict te komen met bovenstaande profielen en in lichtere mate ook met profiel 6 (Samen kleine stappen vooruit).

De meest mee eens stemmen benadrukken het belang van differentiatie om recht te doen aan de verschillen in arrangementen en daar eventueel ook te beslissen welke bekostigingsmethodiek daar het beste bij past. Daarbij moet slim om gegaan worden met de markt, waarbij bewuste keuzes gemaakt worden, of, hoe en wat er ingekocht wordt.

De minst mee eens stemmen variëren in motivatie. Een aantal keer is de variabele op minst mee eens beland, omdat er geen of weinig raakvlak is met de variabele. Een aantal keer wordt de angst benoemd om het allemaal nog ingewikkelder en bureaucratischer te maken. Ook de temporisering van de verandering komt een aantal keer naar voren. Laten we nu eerst eens goed worden in wat we ingezet hebben voor we weer nieuwe dingen gaan verzinnen.

Note vanuit het onderzoeksteam: in veel toelichtingen kwam het beeld sterk naar voren 'onbekend, maakt onbemind', wat stoelt op gebrek aan kennis over wat er mogelijk zou zijn. Een fors aantal respondenten was niet in staat een andere aanbestedingsmethodiek te benoemen dan bestuurlijk aanbesteden en had dus ook geen behoefte aan iets anders. Wij zijn daar tijdens het veldonderzoek niet de discussie over aangegaan.

Variabele 11: Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek (scoort eveneens hoog op kans op conflictvorming)

De variabele is in totaal 5 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 6 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Profiel 1 (Grip en sturen) scoort overwegend minst mee eens op deze variabele, waar profiel 4 (Controle en beheersing) en profiel 6 (Samen kleine stappen) juist veel waarde hechten aan handhaven en doorontwikkelen.

De respondenten die kiezen voor minst mee eens, geven als voornaamste argument dat de arrangementen systematiek slechts een middel is, waar nooit op gestuurd zou moeten worden. Dat het juist goed denkbaar is dat de arrangementen systematiek zijn langste tijd gehad heeft en dat deze losgelaten kan worden als er beter passende oplossingen zijn. Dat de arrangementen

systematiek mogelijk belemmerend werkt bij de creatie van een open markt en in ieder geval bewezen heeft innovatie niet te stimuleren, terwijl dit wel de politieke en beleidsmatige wens is.

De respondenten die kiezen voor meest mee eens benadrukken de behoefte aan continuïteit en volwassen laten worden van de methode. Hebben nadrukkelijk geen behoefte aan weer wat nieuws. Sturen op een lange termijn visie en het vasthouden aan eenmaal gemaakte keuzes. Overigens zijn de meest mee eens respondenten op deze variabele allemaal ambtenaren, vergezeld door 1 wethouder. De minst mee eens respondenten zijn in gemêleerd gezelschap.

Variabele 12: De mogelijkheid tot beperken hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders (scoort eveneens hoog op kans op conflictvorming)

De variabele is in totaal 9 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 5 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Deze variabele heeft de gemoederen stevig verhit! Nagenoeg alle profielen laten verschillen zien en ook bij de interviews heeft dit onderwerp veel aandacht gehad.

Profiel 2 (Zorg Voorop) en profiel 6 (Samen kleine stappen vooruit) scoren deze variabele unaniem laag, waar profiel 4 (Controle en beheersing) juist fervent voorstander is. Kijkend naar de onenigheid tussen de verschillende groepen wordt er ook volop over elkaar gestruikeld: profiel 2 en 4 zijn het oneens met elkaar, profiel 3 en 6 idem en profiel 4 en 6 nogmaals.

Kijkend naar inhoudelijke argumentatie wordt aan de minst mee eens kant vooral genoemd dat de keuzevrijheid voor de cliënt voorop moet staan. In een aantal gevallen worden daarbij heftige emoties geuit als *'Ik zou het afgrijselijk vinden als wij als gemeente die keuze gaan beperken.'* Ook wordt benoemd dat toetreding van kleine, nieuwe partijen mogelijk moet zijn en overheerst de angst dat als er gereduceerd wordt, alleen de grote zorgaanbieders de dienst uit gaan maken en de kleine partijen verdrongen worden. Wel is er ook bij de negatieve stemmen begrip voor het feit dat het aantal beheersbaar en behapbaar moet blijven en dat het goed zou zijn kritisch na te denken over de beheersinspanning die geleverd wordt.

De respondenten die kiezen voor meest mee eens benadrukken dat het open gooien van de markt voor de startperiode goed was, maar dat het aantal zorgaanbieders nu de pan uitrijst. Dat dit verre van doelmatig is en dat als we serieus werk willen maken van hanteerbaar maken van zorgkosten, we allereerst moeten durven te reduceren in zorgaanbieders. Zodanig dat meer invulling gegeven kan worden aan sturen op kwaliteit en doorontwikkeling. Dat er meer energie uit kan gaan, naar minder relaties. Zelfs een zorgaanbieder zelf benoemt dat er wildgroei ontstaan is op de markt en dat gemeenten zich serieus moeten afvragen al deze zorgaanbieders te willen ondersteunen en of het allemaal wel echt onder jeugdzorg valt of onder leuke dingen doen (zoals paardrijden).

Variabele 13: De overgang naar populatie bekostiging (scoort eveneens hoog op kans op conflictvorming)

De variabele is in totaal 14 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 2 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Profiel 4 (Controle en beheersing), profiel 5 (Samen versimpelen) en profiel 6 (Samen kleine stappen vooruit) scoren overwegend minst mee eens op deze variabele. Profiel 2 (Zorg Voorop) en profiel 3 (Ruimte en flexibiliteit) scoren juist licht aan de meest mee eens kant, maar laten daarmee vooral een groot verschil zien met profiel 4 (Controle en beheersing).

De meest mee eens stemmen geven aan dat de gewenste ontwikkelrichting is vertrouwen te geven vanuit de gemeente aan een beperkt aantal kwalitatief hoogwaardige zorgaanbieders die op basis van populatiebekostiging de verantwoording krijgen zorg te leveren. Hierbij wordt benadrukt dat dit echt een innovatieve manier van bekostigen is, die beter recht doet aan de differentiatie tussen populaties dan in de huidige situatie het geval is.

De minst mee eens stemmers geven frequent aan, dat temporisering van verandering belangrijk is. Er is daarnaast veel onduidelijkheid over wat populatiebekostiging is. Meer dan bij de andere variabelen wordt om uitleg gevraagd aan de onderzoeker. Ook zijn er veel vragen over hoe dat dan

zou moeten werken. Er wordt daarnaast minst mee eens gescoord, omdat ook dit slechts een middel is en geen voorwaarde waarop gestuurd zou moeten worden. Een ander argument is dat met populatiebepoortiging teveel sturing in handen van zorgaanbieders wordt gelegd, die daar op dit moment nog niet klaar voor zijn. Tenslotte werd aangegeven dat de discussie rond populatiebepoortiging op dit moment fel gevoerd wordt en nog tijd nodig heeft.

Variabele 14: Uniforme tarieven

De variabele is in totaal 9 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 2 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Minst mee eens stemmers geven aan dat differentiatie mogelijk moet zijn in tarieven, omdat behandelmethoden dat ook vragen. Soms wordt zelfs gesteld dat uniforme tarieven simpelweg niet haalbaar zijn, of de boel teveel plat zouden slaan. Er zouden verkeerde prikkels vanuit kunnen gaan om vooral het net noodzakelijke te doen om het tarief in rekening te mogen brengen, in plaats van het best passende.

Respondenten die kiezen voor meest mee eens benadrukken dat voorheen er veel verschil was in prijzen tussen zorgaanbieders, zonder dat er aantoonbare verschillen waren in inspanning noch resultaat. Dat de transparantie en eenvoud toeneemt door uniforme tarieven te hanteren en eveneens gelijkheid benadrukt wordt. Dat het helpt administratieve lasten te reduceren.

Variabele 15: Versimpeling van de bepoortigingsmethodiek

De variabele is in totaal 5 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 2 keer als meest mee eens (+3 of +4).

De minst mee eens respondenten geven aan dat de methodiek al heel simpel is. Als je nog verder gaat versimpelen, dan doe je geen recht meer aan de nuances die er zijn. Wat wel geduid wordt als ingewikkeld / ongewenst, is dat er momenteel onderhandeld wordt op niveau van indicatie om een hoger tarief in rekening te mogen brengen.

De meest mee eens respondenten geven aan dat de bepoortigingsmethodiek op een aantal elementen en met name voor de uitvoering te ingewikkeld is. Ook wordt aangegeven dat de inrichting (op onderdelen) beter kan.

Variabele 16: Beheersbaarheid van de zorgkosten (scoort eveneens hoog op kans op conflictvorming)

De variabele is in totaal 3 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 17 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Bij profiel 1 (Grip en sturen) en profiel 4 (Controle en beheersing) is dit de absolute favoriet. In de overige profielen komt hij minder dominant naar boven. Tussen profiel 4 en profiel 5 (Samen versimpelen) zit een groot verschil van inzicht.

Kijkend naar de toelichtingen is eigenlijk niemand het oneens dat de zorg uiteindelijk betaalbaar moet blijven. Wel zijn sterke verschillen waarneembaar in de mate waarin hierop gestuurd zou moeten worden. Op dat aspect zit ook potentie op conflict. Bij de minst mee eens stemmers zit er met name irritatie op het feit dat discussies te veel over geld gaan en te weinig over inhoud. Ook wordt de discussie over geld als beperkend ervaren om de zorg te kunnen leveren die nodig is, juist bij complexe gevallen.

De meest mee eens respondenten die veel belang hechten aan deze variabele geven aan dat zonder beheersbaarheid er geen bestaansrecht is op de middellange en lange termijn. Hiermee wordt ook onderbouwd dat kostenbeheersing een doel op zich mag zijn. Ook de politieke onwenselijkheid van almaar stijgende zorgkosten, die uiteindelijk door de maatschappij betaald dienen te worden, wordt frequent genoemd. De noodzaak wordt onderstreept dat hierin vanuit het hele zorglandschap verantwoordelijkheid genomen moet worden, meer dan nu het geval is. Tenslotte wordt het risico benoemd dat uiteindelijk de kwaliteit en ontwikkeling van de zorg ten gronde gaat aan tekorten als de beheersbaarheid niet beter wordt dan op dit moment het geval is.

Variabele 17: Transparantie en verantwoording van geldstromen

De variabele is in totaal 1 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 6 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Het relatieve lage aantal keer dat deze variabele gescoord is op de uitersten, geeft aan dat de meningen hierover neutraler zijn. Het wordt meer als een vanzelfsprekendheid beschouwd.

Bij de meest mee eens stemmen wordt aangegeven dat een hoge mate van transparantie eveneens leidt tot meer inzage in kwaliteit: krijg ik waar ik voor betaald heb? Hierbij wordt ook het politiek belang genoemd om transparant verantwoording af te kunnen leggen vanuit integriteit. Tenslotte wordt benoemd dat het gaat om publiek geld en dat we daar verantwoord mee om dienen te springen.

De minst mee eens stem geeft aan in het algemeen wel het belang te onderkennen van deze variabele, maar vanuit eigen positie hier niets mee te maken te hebben.

Variabele 18: Zorgaanbieders betrekken bij het vaststellen van de tarieven (scoort eveneens hoog op kans op conflictvorming)

De variabele is in totaal 8 keer als minst mee eens (-3 of -4) genoemd tegenover 1 keer als meest mee eens (+3 of +4).

Kijkend naar de profielen dan is met name profiel 1 (Grip en sturen) het minst eens met deze variabele. Hiermee is er sprake van een stevig verschil van inzicht met profiel 2 (Zorg voorop) en profiel 5 (Samen versimpelen).

Vanuit de meest mee eens respondent wordt aangegeven dat juist de kennis die nodig is om tarieven vast te stellen, aanwezig is bij zorgaanbieders en niet bij gemeenten en dat het daarom logisch is zorgaanbieders juist op dat moment te betrekken.

Vanuit de minst mee eens respondenten wordt aangegeven dat het vaststellen van de tarieven echt tot de verantwoordelijkheden van de gemeenten behoort. Daarbij ligt het accent op het woord 'vaststellen'. Het op voorhand betrekken van zorgaanbieders in de discussie over tariefvorming krijgt invulling via de ontwikkeltafels en kan op draagvlak rekenen.

2.3.7 Uw dromen, wensen en behoeften

Deze laatste paragraaf gebruikt input uit de laatste open vraag van ons veldonderzoek, naast alle andere gesprekken die we afgelopen periode hebben kunnen voeren. Het zijn de opmerkingen die nog nergens een plaatsje hebben gekregen in het rapport, en die leven binnen de doelgroep van de belangrijkste stakeholders.

Waar droomt u van? Wat maakt u enthousiast? Wat wilt u nog meegeven?

Rond samenwerking:

- a. Intern zou ik al heel blij worden van een betere afstemming tussen beleid, inkoop en uitvoering (meerdere keren genoemd als voornaamste wens). Extern zou ik graag zien dat er meer beleidsafstemming tussen gemeenten was, waarbij we in ieder geval op hoofdlijnen dezelfde richting op werken.
- b. Ik zou heel graag Beschermd Wonen vanaf 2020 op MH-schaal in willen kopen.
- c. Maak één gemeentelijke regeling voor de zorginkoop voor ZL waarbij de deelnemende gemeenten ruimte houden om lokale beleidsvoorkeuren in de dienstverlening tot uitdrukking te laten komen. Indien niet haalbaar: beperk dan de zorginkoop tot MH.
- d. Mijn droom is dat we een gemeenschappelijk beleid hebben als 1 Zuid-Limburg.
- e. Mijn ultieme droom is 1 centrale inkoop waarbij we de verschillen tussen gemeenten, structuren en aantallen achter ons laten, en wij ons samen sterk maken voor 600.000 inwoners.
- f. Wens is te komen tot samenspraak, dialoog en allianties over de schotten van financieringsstromen heen om meerjarige afspraken te maken met veel aandacht voor ontwikkeling.

- g. Samenwerking op inhoud en niet alleen om samen te werken.
- h. Een betere samenwerking tussen inkoopteams en toegangsteams. Juist toegangsteams zijn in staat inzage te geven in kwaliteit die door zorgaanbieders geleverd wordt. Als de kwaliteit niet klopt, komen ze vanzelf terug bij de toegangsteams.
- i. Blijf inzetten op samenwerking aanbieder - gemeente. Maak daarin het budget een expliciete factor. Probeer bezuinigingen niet af te dwingen op inzetcijfers. Deel kennis. Uitstroom bevorderen is niet alleen een financieel verhaal.
- j. Ook gemeenten moeten zich houden aan afspraken en termijnen en niet alleen zorgaanbieders!
- k. Minder vastzitten in bestaande methoden en denken. Er moet gereageerd worden op nieuwe uitdagingen. Samenwerking is daarin belangrijk. Onze inkoop zet zich te veel in de positie van een regisseur. Dat zou meer op samenwerking gericht moeten zijn.
- l. Werk als overheid en instellingen samen aan de best mogelijke zorg vanuit het vertrouwen dat iedereen die ooit voor dit vak koos slechts de beste, passende, toegankelijke EN houdbare zorg wil voor onze jeugd.

Rond inkoop:

- a. Wat zou ik graag het aantal gecontracteerde zorgaanbieders reduceren, zodat we met minder zorgaanbieders, meer afspraken kunnen maken en sturing kunnen geven over langere termijn in plaats van tijd verliezen aan nitty grid werk (meerdere keren genoemd).
- b. Ik zou al heel blij zijn als we meer inzicht hebben in de daadwerkelijk geleverde kwaliteit (meerdere keren genoemd als ultieme droom). Meer resultaatgericht sturen vanuit cliëntperspectief. Meer onderzoek naar resultaten per aanbieder. Onderzoek naar behoefte zorgconsumptie.
- c. Goede afspraken maken tussen aanbieders, waarbij onderlinge samenwerking gestimuleerd wordt en vrijheid geven aan professionals.
- d. Meer variatie aanbrengen in aanbestedingsmodellen en bekostigingsmethodieken, zodat we echt kunnen gaan inkopen en relaties op kunnen bouwen met leveranciers die het beste passen.
- e. Ik zou graag de zorgaanbieders mede verantwoordelijk maken voor de tekorten. Zodat het ons gezamenlijke probleem wordt. Maar hoe?
- f. Mijn wens als zorgaanbieder is dat de regie van de gemeente minder op controle en casusbeslissingen zit en meer op hoofdlijnen en oplossen van excessen. Dat gemeenten vertrouwen krijgen in leveranciers en recht doen aan lokale politieke voorkeuren.
- g. Laten we vooral bij zorg met verblijf eerst fysiek op locatie gaan kijken voor we contracten afsluiten met zorgaanbieders. Nu weten we soms nauwelijks hoe professioneel onze zorgaanbieders zijn, terwijl ze wel op kosten van de gemeente vergoed worden.
- h. Meer uitdagen van de grote zorgaanbieders en tegelijkertijd de borrelende stadsinitiatieven en aanwezigheid in de wijk stimuleren.
- i. Meer flexibiliteit aanbrengen in aanbestedingen, waarmee we beter kunnen voorzien in de cliëntbehoefte. Samenwerking meer loslaten, het is verworden tot een doel op zich.
- j. Ruimte laten binnen contracten voor innovatie en door-ontwikkeling.
- k. Dat gemeente vertrouwen hebben in de expertise van onze organisatie.
- l. Betrekken van cliënten is belangrijk maar er moet een goede vorm gevonden worden. PGB is een belangrijk instrument om selectief in te zetten. Keuze is belangrijk maar er zou niet gelet moeten worden op een aantal leveranciers. Diversiteit, kwaliteit en innovatie zouden de voorwaarden moeten zijn. Er is ook behoefte aan kleinschaligheid. Behoefte aan een betere uitwerking van de wijze waarop leveranciers worden beoordeeld.

Rond bekostiging:

- a. Differentiatie aanbrengen in bekostigingsmethodieken om de ongebreidelde groei van de markt te beperken (meerdere keren benoemd).

- b. Mijn droom is het overgaan naar populatiebekosting. Dat doet zoveel meer recht aan onze doelgroep. In ieder geval voor BW en wellicht ook voor WMO.

Andere dromen:

- a. Er is zoveel veranderd afgelopen jaren. Stabiliteit en leren van ervaringen is ook nodig. Ik zou nu graag tijd nemen om te leren van het recent verleden, evalueren en dan pas stapsgewijs verbeteren (meerdere keren benoemd).
- b. Niet sneller gaan dan kan! Kwaliteit gaat voor snelheid.
- c. Een visie ontwikkelen op de inrichting van het jeugdzorg landschap met gedeelde verantwoordelijkheden tussen zorgaanbieder, gemeenten en cliënt, uitgaande van Triple Aim.
- d. Ik zou graag streven naar meer eenduidigheid. Het is voor zwakke burgers nauwelijks meer te begrijpen allemaal. Daarbij hoort ook vertrouwen hebben in leveranciers. Regie is geen uitvoering immers.
- e. Een meer integrale benadering van het hele zorglandschap, zal meer kwaliteit en meer geld opleveren dan de huidige 'verschotting'.
- f. Terug naar de bedoeling. Minder praten over geld. Meer praten over inhoud.

2.3.8 Belangrijkste bevindingen veldonderzoek

DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN UIT HET VELDONDERZOEK:

1. De algehele tevredenheid over de zorginkoop in 2016 scoort een 6,8.
2. De tevredenheid over de beheersbaarheid scoort laag, met gemiddeld een 5,6. De meeste respondenten scoren een krappe voldoende. Beleidsambtenaren scoren een onvoldoende.
3. Over de vraag of 1 gemeente beslissingsbevoegd dient te zijn, is sprake van een grote verdeeldheid. De beleidsambtenaren zijn hier het minst mee eens, de wethouders zijn het meest verdeeld.
4. Gemiddeld genomen zijn alle groepen redelijk tot zeer tevreden over de zorginkoop 2016 en over de geleverde zorg aan cliënten met een gemiddeld rapportcijfer van een 7,3.
5. We hebben wetenschappelijk vast kunnen stellen dat er sprake is van een erg breed veld van meningen en overtuigingen. Dit betekent dat ongeacht welk advies gevolgd wordt, er altijd discussie zal blijven over de wenselijkheid ervan. Het zal niet mogelijk zijn eenieder ter wille te zijn. Hiermee dient meer dan gemiddeld rekening mee gehouden te worden in de implementatie, om succesvol te kunnen zijn en blijven. Dit geldt op ieder samenwerkingsniveau, tussen gemeenten, maar ook binnen de gemeenten.
6. De gevarieerdheid van meningen wordt onderbouwd door het feit dat ieder van de 18 variabelen door minimaal 1 respondent op de minst mee eens kant is gelegd (-3 of -4) en eveneens ieder van de 18 variabelen door minimaal 1 respondent op de meest mee eens kant is gelegd (+3 of +4).
7. Over de hele groep genomen zijn de drie variabelen waar de meeste respondenten het meest mee eens zijn: 1. Beheersbaarheid van de zorgkosten, 2. Samenwerking als dat wenselijk is vanuit volume of specialisme en 3. Ruimte geven aan de zorgaanbieder.
8. Over de hele groep genomen zijn de drie variabelen waar de meeste respondenten het het minst mee eens zijn: 1. De overgang naar populatiebeposting, 2. Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang/bestelproces en 3. Uniforme tarieven.
9. Er zijn zes profielen geformuleerd die in grote mate herkenbaar zullen zijn voor de belangrijkste stakeholders, te weten: 1. Grip en sturen, 2. Zorg voorop, 3. Ruimte en flexibiliteit, 4. Controle en beheersing, 5. Samen versimpelen en 6. Samen kleine stappen vooruit. Deze profielen zorgen voor onderlinge samenhang en overeenstemming.
10. De kans op significante meningsverschillen of zelfs conflictvorming is het grootst als het gaat over de volgende variabelen:
 - a. Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang
 - b. Het betrekken van cliënten in het inkoopproces
 - c. Flexibiliteit en ruimte voor doorontwikkeling gedurende contract
 - d. Meer variatie in aanbestedingsmethodieken
 - e. Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementen systematiek
 - f. De mogelijkheid tot beperken hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders
 - g. De overgang naar populatie bepostiging
 - h. Beheersbaarheid van de zorgkosten
 - i. Zorgaanbieders betrekken bij het vaststellen van de tarieven
11. Opvallend vaak genoemd bij eigen dromen is het verbeteren van de samenwerking intern, tussen inkoop, beleid en consultants.

3 Conclusies uit dossier-, data- en veldonderzoek

De opsommingen van de belangrijkste bevindingen uit het dossier-, data- en veldonderzoek heeft u reeds kunnen lezen in het vorige hoofdstuk. Deze zijn vastgesteld na afronding van het volledige onderzoek. Vervolgens hebben wij deze resultaten gedeeld via een interactieve workshop met ons hele projectteam. Hierbij hebben wij allereerst het antwoord op deelvraag d geformuleerd. Deze deelvraag (in tegenstelling tot de overige deelvragen, waar u om een advies gevraagd heeft) laat zich uitstekend beantwoorden op basis van de resultaten van het onderzoek. Vervolgens zijn we met elkaar in dialoog gegaan over de resultaten en de betekenis van de resultaten. Resultaat van deze dialoog is dat we een zestal hoofdconclusies hebben geformuleerd. Hierbij is in tegenstelling tot de opsommingen van de belangrijkste bevindingen dus ook de ervaring en expertise van het projectteam zelf ingebracht in de interpretatie van de resultaten en zullen we deze gebruiken als input voor de validatieslag die nog volgt en het formuleren van een toekomstbestendig advies.

Voor we overgaan naar onze hoofdconclusies beantwoorden we eerst deelvraag d, waarna we de vrijheid hebben genomen om een aantal verwondermomenten van het projectteam met u te delen.

3.1 Causale relatie aantal zorgaanbieders en toegenomen zorgvraag (deelvraag d)

Deelvraag d vraagt te onderzoeken of en zo ja welke causale relatie bestaat tussen het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en de toegenomen zorgvraag.

Om antwoord op deze vraag te geven, is het allereerst van belang te onderzoeken of er inderdaad sprake is van een toegenomen zorgvraag, hoe deze toename zich verhoudt tot het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en of er andere opvallende data aanwezig is die mogelijk een verklaring zou kunnen zijn voor de toegenomen zorgvraag.

Concluderend kunnen we bevestigen dat er sprake is van een toegenomen zorgvraag, zowel in termen van euro's als in termen van het aantal afgenomen arrangementen. De zorgvraag in totaal is van 2015 naar 2016 toegenomen met 20 miljoen euro, het aantal personen dat gebruik heeft gemaakt van zorg is toegenomen met 2.032 (+15,6%) en het aantal afgenomen arrangementen is toegenomen met 4.444 (+23,4%).

We kunnen ook bevestigen dat het aantal gecontracteerde zorgaanbieders dat ook werkelijk zorg heeft geleverd, is toegenomen met 41, 175 in 2016 ten opzichte van 134 in 2015. Daarnaast is het totaal aantal gecontracteerde zorgaanbieders ook gestegen, naar om en nabij de 300 zorgaanbieders. Het exacte getal hebben wij niet kunnen achterhalen. Dit betreft zorgaanbieders waarvoor wel administratieve last is ontstaan bij zowel zorgaanbieder als bij de gemeente, maar die geen daadwerkelijke omzet geleverd hebben.

De vraag of er een causale relatie is aangetroffen tussen het toegenomen aantal zorgaanbieders en de toegenomen zorgvraag beantwoorden we met een verband dat slechts marginaal van betekenis is. De nieuw toegetrede zorgaanbieders die ook daadwerkelijk zorg geleverd hebben, zijn in meerderheid kleine aanbieders met een gemiddelde waarde van 36.500 euro en zijn samen goed voor slecht 1,8 miljoen euro en dus minder dan 10% van de totale toename. De nadrukkelijke beleidsdoelstelling: het toegankelijk maken van de zorgmarkt voor kleinere aanbieders, is in ieder geval voor dit gedeelte van de markt gelukt.

De vraag die dit vervolgens echter oproept, is als deze causale relatie slechts marginaal een verklaring is voor de toegenomen zorgkosten, of we kunnen duiden waardoor de stijging dan wel primair wordt veroorzaakt.

Een break down van de uitgavenstijging van 2015 naar 2016 laat het volgende zien:

- In het domein JZ stijgen de bestedingen met zeven miljoen euro bij cliënten waarbij meer dan 35.000 euro per jaar aan zorg wordt besteed. In dit segment stijgt het aantal cliënten van 582 naar 730. De gemiddelde besteding per cliënt in dit segment daalt met vier procent.

De grootste bijdrage aan de stijging leveren de gemeenten Maastricht (+2,7 miljoen; +51%) en de gemeente Landgraaf (+1,3 miljoen; +59%). In de gemeente Schinnen stijgen de bestedingen nauwelijks en de gemeente Nuth dalen de bestedingen.

- In het domein JZ stijgen de bestedingen met 5,1 miljoen bij cliënten waarbij minder dan 5.000 euro per jaar aan zorg wordt besteed, In dit segment stijgt het aantal cliënten van 5.610 naar 7.314. Er wordt 2,6% meer besteed per cliënt.

De grootste bijdrage aan de stijging leveren de gemeente Heerlen (+1,2 miljoen; +72%) en de gemeente Maastricht (+1,0 miljoen; +39%). In de gemeenten Beek en Stein dalen de uitgaven.

- In het domein BW stijgen de bestedingen met vier miljoen bij cliënten waarbij minder dan 35.000 euro per jaar wordt besteed aan de zorg. Het aantal cliënten stijgt van 81 naar 250. De grootste bijdragen aan de stijging leveren de gemeente Maastricht (+2,7 miljoen) en de gemeente Sittard Geleen (+0,97 miljoen). De vraag is of de verdeling over gemeenten betekenisvol is vanwege de rol van centrumgemeente Maastricht.

- In het domein WMO stijgen de bestedingen met 3,3 miljoen bij cliënten waarbij tussen 5.000 en 35.000 euro per jaar wordt besteed aan zorg. Het aantal cliënten stijgt van 576 naar 986.

De grootste bijdrage aan de stijging leveren de gemeente Maastricht (+1,1 miljoen) en de gemeente Meerssen (548K).

- Het enige segment waar de uitgaven zijn gedaald (-1,2 miljoen) is in het domein JH bij cliënten waarbij tussen 5.000 en 35.000 euro per jaar wordt besteed aan zorg. In dit segment is het aantal cliënten gedaald van 4.388 naar 4.086.

Geconcludeerd mag worden dat steeds meer burgers met succes een beroep hebben gedaan op dienstverlening bekostigd vanuit het Sociaal Domein. Uit de onderzochte data kan niet worden herleid in hoeverre cliënten migreren van goedkopere dienstverlening naar duurdere dienstverlening of andersom.

De combinatie van toegang en bekostiging is geen belemmering geweest die er voor heeft gezorgd dat de combinatie vraag/aanbod beperkt blijft binnen de bandbreedte van het IUSD. Om de toegenomen zorgkosten een halt toe te roepen, zou kritisch gekeken moeten worden naar de toegang, de ontwikkelingen in de toegang en het inhoudelijke zorgaanbod. Deze verdiepingvragen vallen echter buiten de scope van dit onderzoek.

3.2 Onze verwondermomenten

Voor we over gaan naar onze hoofdconclusies noteren we een aantal van onze oprechte verwondermomenten. De momenten dat we even bij elkaar gecheckt hebben of we het goed begrepen hadden:

1. -/- Geen eenduidigheid onder stakeholders over het begrip 'Regie Sociaal Domein'.
2. -/- Het niet aantreffen van procesbeschrijvingen, ook niet op cruciale processen zoals toegang en beleid.
3. +/+ De arrangementensystematiek en wijze waarop deze uitgewerkt is.
4. +/+ De passie en wil van iedereen om er het beste van te maken.
5. - /- Continuïteit regelen is nog geen professionele inkoop.
6. -/- Hoe verhoudt 1G1P1R zich tot de arrangementensystematiek? Stapelen we arrangementen of volgen ze elkaar op en hoe werkt dat dan?
7. -/- Het denkbeeld dat leeft dat kleine aanbieders innovatief zijn en grote aanbieders log en bureaucratisch.
8. -/- Het denkbeeld dat reductie van zorgaanbieders er altijd toe leidt dat we overblijven met partijen die u het minst graag wilt hebben.
9. - / - Het feit hoe de grote zorgaanbieders geworden zijn zoals ze zijn en dat er nog geen pad uitgestippeld is om dit aan te pakken, terwijl de huidige situatie stevig onhoudbaar wordt.

3.3 Hoofdconclusie 1: Een diepe buiging

Onze eerste hoofdconclusie is een diepe buiging voor alles wat in 2015 en 2016 gerealiseerd is, ondanks de enorme uitdagingen waar de regio voor stond.

De decentralisatieopdracht heeft plaatsgevonden onder grote druk: zowel operationeel als financieel. Zuid-Limburg heeft dit op een pragmatische wijze aangepakt met als doel allereerst zorg continuïteit voor de inwoners zeker te stellen. Dit doel is meer dan behaald, onder andere zichtbaar doordat de 51 respondenten waaronder zich zowel zorgaanbieders, cliëntenvertegenwoordigers, wethouders, consultants als ambtenaren zich bevonden, gemiddeld een 7,3 geven voor de kwaliteit van zorg geleverd aan cliënten in 2016.



Een belangrijke element in de werkwijze die dit resultaat mogelijk gemaakt heeft, is de ontwikkeling en doorontwikkeling van de arrangementensystematiek. Deze is overzichtelijk en duidelijk waarmee een belangrijk fundament is neergelegd en waar prima mee kan worden gewerkt. De wijze waarop het berichtenverkeer voor JH is ingericht vanuit werkt efficiënt. De methodiek van bestuurlijk aanbesteden was eveneens een pragmatische keuze, waarmee de focus volledig lag op ontwikkeling, ruimte en dialoog. Dit alles is gebeurd in een goede samenwerking met een hoog tempo, gedirigeerd door het tempo dat de maatschappij verlangde.

Ongeacht wat er ook te verbeteren valt, en welke conclusies en aanbevelingen er ook volgen, we willen allereerst ons oprechte respect uitspreken voor de inspanning die de afgelopen jaren is geleverd door alle belangrijke stakeholders die hier hun bijdrage aan geleverd hebben.

Zuid-Limburg mag trots zijn op de manier waarop zij de afgelopen jaren handen en voeten heeft gegeven aan de zorginkoop en nog steeds iedere dag opnieuw doet.

3.4 Hoofdconclusie 2: Begrijpelijke, maar onhaalbare verwachtingen

Het tempo waarin de decentralisatie is vormgegeven, is zoals zojuist benoemd, indrukwekkend. Met het cliëntenbelang voorop zijn flinke stappen voorwaarts gezet. Hierbij is de pragmatiek leidend geweest. Er is veel beleid geschreven, maar dit was niet altijd op elkaar afgestemd en ook niet altijd daadwerkelijk ingericht. Ook aandacht voor beleidsrealisatie is niet in de breedte aangetroffen. Feitelijk is er geprobeerd met zorginkoop gelijk een marathon te lopen op verschillende vlakken, waarbij de ambities torenhoog waren en eigenlijk eerst getraind had moeten worden voor een prettige vijf kilometerloop.

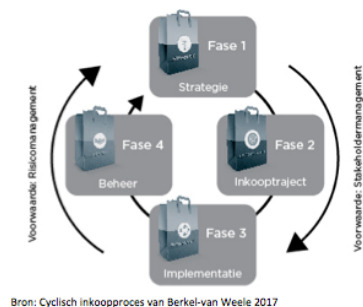
Terugkijkend zouden we de verwachtingen en ambities zoals bestendigd door het bestuur begrijpelijk, maar onhaalbaar willen noemen. Hiermee duiden we onder andere op de verwachtingen om te sturen op kwaliteit via prestatiemetingen, langdurige relaties op te bouwen, door te willen ontwikkelen van inspannings- naar resultaatbekostiging, de zorgmarkt voor iedereen toegankelijk te willen maken, dezelfde taal te willen spreken, inhoud en invulling te willen geven aan een professionele regierol, prijzen in de grip krijgen, administratieve lasten verlagen, innovatief zijn en bovendien dat ook nog eens met zoveel mogelijk gemeenten tegelijk en zonder zorgaanbieders te reduceren met een centrale rol voor de cliënt. En dit alles binnen een periode van net twee jaar en met behoud van relatie.



Deze hoge mate en ambitie en tempo kent het serieuze risico dat belangrijke stakeholders het niet meer bij kunnen of willen houden en dat de verkeerde stakeholders vroegtijdig dreigen af te haken. Dit is belangrijke feedback geweest uit het veldonderzoek. Ook neemt een te hoog tempo het verlies aan controle, grip en/of kwaliteit met zich mee. Het is simpelweg niet mogelijk alles tegelijk te willen realiseren.

3.5 Hoofdconclusie 3: Bestuurlijk aanbesteden is primair een administratief-juridische constructie

Wij zijn een partij die expert is op gebied van professionele inkoop. Als wij spreken over inkoop, spreken wij over het bepalen van een inkoopstrategie, het vervolgens uitzetten van een zo slim mogelijke uitvraag, met als doel een zo optimaal mogelijke balans te creëren tussen prijs en kwaliteit, passend bij de behoefte van een organisatie. Dit leidt tot een contract en vervolgens volgt er een beheersfase waarin contract- en leveranciersmanagement vorm krijgt. Inkoop gaat onlosmakelijk gepaard met een bepaalde mate van competitie, waarbij die zorgaanbieders het meest volume krijgen die zich weten te onderscheiden van hun collega's/concurrenten. Of dat nu is op kwaliteit, service, resultaat of prijs.



Bron: Cyclisch inkoopproces van Berkel-van Weele 2017

Met de keuze voor bestuurlijk aanbesteden, zien we eigenlijk dat een groot deel van het inkoopproces in zijn geheel niet plaatsvindt. Er is sprake van een dialoog met de gehele markt, waarbij er uiteindelijk de keuze gemaakt wordt voor een vaststaande overeenkomst. Indien u daaraan voldoet, dan doet u mee en indien u daaraan niet voldoet, dan doet u niet mee. Zowel de kwaliteit als de prijs wordt gefixeerd. Het onderscheidend vermogen, dat in potentie aanwezig is tussen zorgaanbieders, wordt genegeerd. Iedereen krijgt hetzelfde bedrag voor hetzelfde arrangement voor hetzelfde aantal uur werk. Het ontbreekt daarbij aan prikkels om beter te presteren dan een ander of boven het maaiveld uit te steken, zoals het toekennen van een resultaatbonus. De enige resterende prikkel is een verhoogde kans op aanbevelingen vanuit de toegang bij een volgende cliënt.

Met deze inkoopmethodiek wordt een belangrijk deel van het inkoopproces overgeslagen, en blijven kansen onbenut.

De gehele wijze van inrichting heeft op dit moment meer te maken, met een weliswaar slim vormgegeven, administratief-juridische constructie om zorgverlening mogelijk te maken, dan met inkoop. Het brengt ons zelfs bij de vraag of er op dit moment wel echt sprake is van een markt. En of dit dan meer een consumentenmarkt is (waarin iedereen moet kunnen shoppen, zoals bij bol.com) of een professionele markt (waarin organisaties onderling met elkaar zaken doen)? En als de zorg geen markt is, is dan inkoop überhaupt wel opportuun? Wij komen hier uitgebreid op terug in onze validatie en aanbevelingen.

3.6 Hoofdconclusie 4: De zorgmarkt als geheel bevindt zich in een eerste ontwikkelstadium

Nauw samenhangend met de voorgaande conclusie, zien we ook dat bij zorgaanbieders er weinig ondernemerschap getoond wordt, een uitzondering daar gelaten. Het gemak waarmee een aantal zorgaanbieders zich opstellen, heeft ons verbaasd. We kunnen dit deels verklaren uit de comfortabele positie vanuit het recente verleden, waarin ze voor een groot deel bekostigd werden via subsidies en/of verzekeringspremies en waarin wachtlijsten aan de orde van de dag waren. Ook de wijze waarop nu bestuurlijk aanbesteed wordt en de wijze waarop arrangementen teruggebracht worden tot tijd (uur, dagdeel, etmaal) met vervolgens een vast tarief, is daarbij niet ondersteunend.

Deels ligt er een belangrijke verantwoordelijkheid bij zorgaanbieders zelf om bewuster te zijn van hun veranderende rol en daarmee actief te sturen op zaken die onlosmakelijk verbonden zijn met ondernemerschap: terugdringen van overhead (zowel uitvoerend apparaat als van bestuur), een servicegerichte instelling, een uitstekende bedrijfsvoering en het niet vanzelfsprekend vinden dat er altijd klanten staan te popelen om door jou bediend te worden. Deels ligt er ook een rol bij gemeenten om kritisch na te denken en actief te gaan sturen op hoe de markt te ontwikkelen.

Uiteraard is er nuancering aan te brengen tussen de verschillende zorgaanbieders. Er zijn voorbeelden van zorgaanbieders die hun omzet hebben laten groeien, gefrustreerd raken van

langzame processen en strikt sturen op reductie overhead en prestaties. Dit is echter op dit moment een minderheid.

3.7 Hoofdconclusie 5: Samenwerken als doel blijkt ondoelmatig

Zuid-Limburg is een vrij compacte en unieke regio. Het besef is breed aanwezig dat de som der delen sterker is dan het geheel. Toch blijkt er ook veel inspanning en energie nodig om een samenwerking te doen slagen. Het proces om te komen tot een succesvolle en vruchtbare samenwerking is intensiever dan voorheen werd ingeschat. Soms is hierbij ingeboet op slagkracht van de regio, het onvoldoende aanwezig zijn van gezamenlijke doelen dan wel het uiteen lopen van lokale belangen. Dit laat onverlet dat er veel draagvlak is voor samenwerking, maar dat het beeld hierover wel genuanceerd dient te worden. Samenwerking zou geen doel moeten zijn, maar een middel om andere hoger gelegen doelen te realiseren. Daar waar samenwerking vruchtbaar zal zijn is daar waar volumebundeling echt ten gunste komt van de cliënt of waar administratieve processen verlicht kunnen worden. Belangrijke randvoorwaarden om een samenwerking te doen slagen zijn de aanwezigheid van gezamenlijke doelen, duidelijke schaalvoordelen, gelijkgestemde zielen en belangen en de wil tot samenwerking, wat zich ook concreet vertaalt naar de wijze waarop verantwoordelijkheden, bevoegdheden en mandaat wordt ingeregeld.

3.8 Hoofdconclusie 6: Belangen en overtuigingen lopen uit elkaar

De zorginkoop is een jonge tak van sport voor gemeenten. Het is in de beginfase en het is daarbij ook een zoektocht naar de best passende visie en werkwijze(s). De diversiteit aan meningen die de onderzoekers hebben vastgesteld, is dan ook tekenend voor deze fase en verklaart dus ook deels deze uitkomst. Mogelijk blijft deze uitdaging ook bestaan als u een paar jaar verder bent, omdat u nu eenmaal in een context acteert met veel politiek, verschillende belangen, regio's en voorkeuren.

De belangen, overtuigingen en verschillen van inzicht zijn stevig zijn wat er toe zal leiden dat , ongeacht welk advies gegeven wordt en welke besluiten genomen worden, u wellicht niet makkelijk overeenstemming vindt. Een aantal feitelijke waarnemingen die dit onderbouwen, zijn:

- In de Q-sort analyse is te zien dat zes profielen nodig zijn om 67% van de respondenten te kunnen vertegenwoordigen. Dit duidt op een forse diversiteit aan meningen.
- De profielen twee en vijf worden vooral gedomineerd door zorgaanbieders, waar zij in de eerste profielgroep (twintig procent van de geïnterviewden) afwezig zijn.
- De hoogste gewaardeerde stelling met betrekking tot beheersbaarheid van de zorgkosten is niet in alle profielen hoog gewaardeerd. Het feit dat de hoogst gewaardeerde stelling ook voorkomt in de lijst met mogelijke conflicten is een indicatie van de geconstateerde diversiteit.
- Het aantal conflictstellingen is hoog, te weten vijftig procent van alle stellingen.
- Alle achttien stellingen zijn door minimaal één respondent geïdentificeerd als minst mee eens én door minimaal één andere respondent als meest mee eens.
- Op de vraag of er één gemeente beslissingsbevoegd moet zijn, is met een zeer grote verscheidenheid gereageerd, waarbij onder de wethouders zelfs een standaarddeviatie van 3.6 genoteerd is.

Dit alles laat onverlet dat er ook zes profielen gedefinieerd zijn, die u juist zullen ondersteunen om wel overeenstemming te vinden op een aantal belangrijke beslispunten.

Deel II

Evaluatie Zorg-Inkoop Zuid-Limburg



Inleiding

Voor u ligt Deel II van de Evaluatie Zorg-Inkoop in Zuid-Limburg. In Deel I hebben we de onderzoeksopzet toegelicht, onszelf voorgesteld en de onderzoeksresultaten aan u gepresenteerd van het dossier-, data- en veldonderzoek. Vervolgens hebben we daaruit de belangrijkste bevindingen gedestilleerd en een zestal hoofdconclusies met u gedeeld (pagina 56-58 deel I).

In deel II bouwen we hierop verder. Allereerst hebben we aanvullend dossieronderzoek gedaan met een omvang van nogmaals ruim 700 bladzijden, welke zijn opgenomen in bijlage 1.1. Ook is er eigen kennis toegepast op de interpretatie van de verkregen inzichten en data uit de onderzoeksfase, wat leidt tot nieuwe inzichten.

Hoofdstuk vier omvat de validatie van de onderzoeksresultaten door F-Fort. Hierbij wordt kennis en ervaring van buiten de regio Zuid-Limburg ingebracht, voor zover relevant voor de onderzoeksvragen. Hoofdstuk vier start met een aantal algemene trends en ontwikkelingen binnen de zorg in het algemeen. De tweede paragraaf behandelt een aantal ontwikkelingen binnen de publieke inkoop. De derde paragraaf gaat dieper in op het inkoopvak en maakt de verbinding met de vraag op welke aspecten de zorginkoop baat kan hebben indien de inkoopfunctie wordt versterkt. De vierde paragraaf schetst verschillende juridische mogelijkheden op gebied van samenwerking voor gemeenten. Paragraaf vijf brengt vervolgens verdieping op de wijze waarop een samenwerking in andere regio's in Nederland ingericht is. In paragraaf zes geven we onze visie op regie en hoe om te gaan met regie in het sociaal domein. In paragraaf zeven maken we een verdiepende analyse op basis van de situatie in Zuid-Limburg voor wat betreft de zorgaanbieders en de wijze waarop deze ingedeeld kunnen worden. Tevens is deze paragraaf een opmaat voor een meer gedifferentieerde inkoopstrategie voor Zuid-Limburg. Paragraaf acht behandelt de verschillende bekostigingsmethodieken en daarbij behorende uitvoeringsvarianten. Paragraaf negen geeft een beschouwing op de arrangementensystematiek. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de belangrijkste bevindingen uit de validatie.

In het afsluitende hoofdstuk behandelen we vervolgens alle nog niet beantwoorde deelvragen en formuleren daar onze aanbevelingen. Om u verder op weg te helpen, hebben we een Checklist inkoop sociaal domein ontwikkeld die u stapsgewijs helpt om de juiste beslissingen te nemen op gebied van beleidsaccenten, niveau van samenwerking, inkoopmethodiek, inkoopprocedure, gunningsprocedure en wijze van bekostiging. In paragraaf zes zetten we alle aanbevelingen overzichtelijk bij elkaar in één schema. We hebben daarbij eveneens een eerste voorzet gedaan wie voor wat ons betreft een logische eigenaar is van die aanbeveling. Tenslotte sluiten we af met een ontwikkelmodel inkoop sociaal domein. Dit ontwikkelmodel kent zes fasen, die ieder hun eigen karakteristieken kennen en waarbij andere accenten gelegd worden. Dit ontwikkelmodel zal ondersteunend zijn in het prioriteren en plannen van het in te richten ontwikkelpad.

Wij wensen u opnieuw veel leesplezier toe!

Namens het projectteam,

Jordie van Berkel-Schoonen

Inhoudsopgave

Inleiding	2
Inhoudsopgave	3
4 Validatie.....	4
4.1 Ontwikkelingen binnen de zorg	4
4.2 Ontwikkelingen binnen publieke inkoop	5
4.3 Inzichten uit het inkoopvak	7
4.4 Samenwerkingsvraagstukken.....	9
4.5 Inrichting samenwerking	10
4.6 Visie op regie	11
4.7 Opmaat naar inkoopstrategie	12
4.8 Bekostigingsmethodieken	12
4.9 Arrangementen systematiek, of?.....	15
4.10 Belangrijkste bevindingen validatie.....	16
5 Deelvragen en Aanbevelingen	17
5.1 Samenwerkingsvorm inclusief besluitvormingsstructuur.....	17
5.1.1 Jeugdhulp (deelvraag a)	18
5.1.2 WMO (deelvraag b)	20
5.1.3 Beschermd wonen (deelvraag c)	21
5.2 Werking en effecten arrangementensystematiek (deelvraag e)	21
5.3 Bestuurlijk aanbesteden (deelvraag f)	21
5.4 Financieringsvorm (deelvraag g)	22
5.5 Aanbevelingen op basis van deelvragen	23
5.6 Checklist inkoop sociaal domein	25
5.7 Aanbevelingen op basis van belangrijkste bevindingen	31
5.8 Ontwikkelpad zorginkoop.....	38

4 Validatie

4.1 Ontwikkelingen binnen de zorg

Deze paragraaf schetst een beknopt overzicht van een aantal belangrijke landelijke ontwikkelingen. Deze hebben we grotendeels ook aangetroffen op de agenda's in Zuid-Limburg. Daar waar dat niet of in mindere mate het geval is, hebben we dat vermeld.

1. Grenzen aan ambulantisering en dicht bij huis: Het afbouwen van bedden en meer ambulant oplossen van problemen was en is landelijk nog steeds een belangrijke speerpunt voor gemeenten. Zuid-Limburg handelt hiermee in lijn met deze landelijke trend. Waar afgelopen jaren al forse verschuivingen plaats gevonden hebben, is nu de vraag waar dit proces eindigt. In sommige regio's in Nederland is sprake van een toename van crisisplaatsingen, waarbij het verhaal gaat dat er te laat is opgeschakeld naar zwaardere ingrijpendere zorg. Ook zien we dat er wachtlijsten zijn of een tekort aan een bepaald specialistisch aanbod (met name bij jeugd-GGZ). Deze ontwikkeling leidt tot vraagstukken voor de inkoop en hoe daarop te anticiperen. Een goede inkoopstrategie is daarbij onontbeerlijk. Juist deze laatste vertaalslag hebben we nog niet aangetroffen in Zuid-Limburg.

2. Triple Aim: Triple Aim is een uit de Verenigde Staten afkomstig concept voor het duurzaam organiseren van zorg. Het staat voor het gelijktijdig realiseren van de volgende driedelige doelstelling:

- Het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg.
- Het verbeteren van de gezondheid van een populatie.
- Het verlagen van de zorgkosten per hoofd van de bevolking.

Triple Aim zou een richtinggevend principe kunnen zijn om de zorg in Nederland anders in te richten. Triple Aim zet de cliënt centraal. In Nederland zijn in 2013 negen proeftuinen ingericht, waarvan er zich één in Zuid-Limburg bevindt, te weten proeftuin Blauwe Zorg. Inmiddels kent Zuid-Limburg een tweede proeftuin in Heerlen, genaamd Mijnzorg-Parkstad. Hiermee zien we dat er met Triple-Aim wel geëxperimenteerd is afgelopen jaren in Zuid-Limburg. Tegelijkertijd is het op moment van schrijven nog geen breed gedragen thema in de regio.

3. Postieve gezondheid: Positieve gezondheid is het nieuwe concept van gezondheid dat Machteld Huber en anderen publiceerden in 2011 in het tijdschrift British Medical Journal en dat zelfs de omslag haalde. Dit concept wordt in Zuid-Limburg gebruikt, maar is zo belangrijk dat we het hier apart benoemen.

In dit concept wordt gezondheid gedefinieerd als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

4. Zorg en grenzen aan de zorg: Met de start van de WMO en Jeugdzorg per 2015 doet zich voor gemeenten ook de afbakeningsvraag voor. Kennis van flankerende (zorg)wetgeving is daarmee veel belangrijker dan voorheen. Genoemd kunnen worden de Wet Langdurige Zorg, de Zorgverzekeringswet, Participatiewet maar ook de wet Passend Onderwijs. Al deze wetten hebben raakvlakken met de Jeugdwet of WMO en dan speelt de vraag waar eindigt de verantwoordelijkheid van de ene wet en start die van de andere wet. Het is met name voor beleid en toegang erg belangrijk om dat grijze gebied goed te kennen, zodat er geen oneigenlijke zorgconsumptie drukt op de gemeentelijke WMO- en Jeugdzorg budgetten.

Daarnaast speelt ook het politieke ethische vraagstuk: wanneer vinden we dat er sprake moet zijn van zorg (in het kader van WMO of Jeugdwet) die uit belastinggeld bekostigd moet worden? In de gezondheidszorg speelt de vraag, hoe lang je iemand in leven houdt en wat dat mag kosten. Bij WMO en Jeugdwet gebruiken we termen als transformatie, eigen netwerk benutten en eigen kracht. We willen er meer naar toe dat inwoners zelf verantwoordelijkheid nemen. Tevens hebben gemeenten algemene voorliggende voorzieningen beschikbaar, die je als preventief kunt beschouwen ten opzichte van de zorg. Tegelijkertijd zien we dat veel mondige inwoners druk uitoefenen op de overheid om de zorg van hun keuze te bekostigen. Voorbeelden daarvan zijn vak- en speltherapie, mindfulness, piekertraining, de inzet van bepaalde behandelvormen etc. Die

stellen ambtenaren vaak voor de vraag of hier wel/geen bekostiging vanuit schaarse overheidsmiddelen voor plaats moet vinden. Ook de verwijzroute via de wettelijke verwijzers (huisartsen en specialisten) is hierbij van belang, omdat veel mondige inwoners en ondernemende zorgaanbieders deze weg meer en meer aan het verkennen zijn.

Het thema zorg en ken de grenzen van de Jeugd- en WMO-zorg dient bij gemeenten een stevig beleidspunt te worden. In ZL is men zich hier terdege van bewust, wat onverlet laat dat er nog veel werk aan de winkel is.

5. Specialiseren versus generaliseren: In de gezondheidszorg zien we de afgelopen jaren een ontwikkeling van generaliseren en specialiseren. Deze trend hebben we in Zuid-Limburg nog weinig aangetroffen op de beleidsagenda's. Landelijk zien we bijvoorbeeld dat huisartsen nu meer en meer gesitueerd zijn in een gezondheidscentrum met eerste lijns psychologen, apotheken, therapeuten, tandartsen etc. Deze centra bieden een breed pakket aan zorg dat uit verschillende financieringsbronnen gedekt wordt. Anderzijds zien we ziekenhuizen meer en meer nadenken over de vraag wat voor soort ziekenhuis zij willen zijn en daar vinden diverse vormen van specialisaties plaats. Vergelijkbare tendensen zijn ook in het veld van WMO en vooral JH aan de orde. Het veld is in beweging. Generalistische zorg wordt soms door gemeentelijke toegangsteams en vaak ook door (lokale) aanbieders aangeboden. Anderzijds zien we dat grote gespecialiseerde zorgaanbieders zich ook opnieuw aan het zetten en reorganiseren zijn. Daarnaast speelt in bepaalde segmenten van de WMO en JH een duidelijke consumentenwens: is er een specialist te vinden die precies past bij mijn behoefte en wens. Bepaalde marktpartijen bewegen mee op deze consumentenwensen. Het is belangrijk dat gemeenten nadenken over de vraag hoe zij het zorglandschap willen zien: zorg die nauw verbonden is met de lokale sociale infrastructuur versus de kwetsbare zorginfrastructuur voor bepaalde specialismen die je alleen met meerdere gemeenten overeind kunt houden.

4.2 Ontwikkelingen binnen publieke inkoop

Zoals de zorg niet stilstaat, is ook de wereld van inkoop sterk in beweging. Inkopers staan voor een aantal forse uitdagingen, waarvan we de voornaamste noemen die gericht zijn op publieke inkopers (grotendeels ontleend aan het rapport 'The Future of Public Outsourcing, ISS). Wij hebben gedurende ons onderzoek in mindere mate dan bij de algemene ontwikkelingen binnen de zorg, ondervonden dat deze thema's in Zuid-Limburg al een rol van betekenis spelen.

1. Optreden als aanjager van duurzaamheid: Duurzaamheid is van geen enkele bestuursagenda meer weg te denken. In de realisatie van duurzaamheid ligt er een enorme hefboomfunctie bij de inkoopfunctie met een inkoopvolume van de overheid van ruim 73 miljard euro. Duurzaam inkopen zorgt ervoor dat aangekochte goederen en diensten over hun levenscyclus de laagste milieu- en meest positieve sociale en economische impact hebben. Hierdoor ontstaat een win-win situatie op lange termijn voor zowel organisatie als maatschappij. Duurzaam inkopen gaat dan ook veel verder dan alleen CO2-reductie of een percentage social return opnemen in contracten.

Om duurzaamheid kracht bij te zetten, is het belangrijk dat de overheid haar verantwoording neemt. Hiertoe hebben op acht december 2016 73 overheden in Den Haag in aanwezigheid van staatssecretaris Dijkema zich geconformeerd aan het manifest MVI (Maatschappelijk Verantwoord Inkopen). Inmiddels zijn er meer dan 100 overheden die getekend hebben, waaronder 74 gemeenten welke gezamenlijk een inkoopvolume van 27 miljard vertegenwoordigen.

Provincie Limburg behoort tot de ondertekenaars. Opvallend is dat van de achttien gemeenten in Zuid-Limburg er nog geen enkele gemeente ondertekend heeft, laat staan MVI-actieplannen opgesteld en gepubliceerd heeft. Duurzaam inkopen kent allerlei toepassingsmogelijkheden die zeker ook in het sociaal domein van toepassing zijn. Wat we wel aangetroffen hebben binnen het sociaal domein is dat er een percentage social return in de meeste contracten met een arbeidswaarde boven de 100k opgenomen wordt. Over de effecten hiervan is nog niets bekend.



2. Meer transparantie en winnen van vertrouwen: Burgers en bedrijven, de klanten van publieke organisaties, verwachten een adequate dienstverlening. Daarbij is het niet alleen belangrijk hoe de dienstverlening ervaren wordt, maar ook transparantie over hoe deze tot stand komt, welke inzet van middelen (mensen en geld) daarvoor nodig is en de plannen voor de toekomst. Een meer open houding van inkoopafdelingen is hierbij ondersteunend, waarbij bijvoorbeeld frequent marktverkenningen en marktconsultaties gehouden worden, aanbestedingen van enige omvang bijna standaard gepaard gaan met marktinformatiebijeenkomsten en transparantie geboden wordt over de aanbestedingskalender en beschikbare budgetten van de komende jaren. Specifieke aandacht is bovendien nodig voor integriteit en het voorkomen van belangenverstrengelingen, wat niet eenvoudiger wordt in een wereld die zich steeds meer als een dynamisch netwerk organiseert. Dit alles is nodig om het vertrouwen van de maatschappij te winnen en te behouden en vraagt om een andere manier van rapportage en communicatie. Puur achteraf informeren over besteding van middelen is daarbij ontoereikend. De overheid in zijn algemeenheid heeft hier nog een grote slag te maken, specifiek op gebied van inkoop in relatie tot deze transparantie. Uit het onderzoek is niet duidelijk naar voren gekomen of Zuid-Limburg hiermee handelt in lijn met het landelijk gemiddelde, of wellicht beter presteert. Bestuurlijk aanbesteden stimuleert een aantal van deze thema's heel nadrukkelijk, wat minimaal een stap in de goede richting is.

3. Verhogen doelmatigheid: meer doen met minder: Publieke organisaties moeten eraan wennen meer te doen met minder. Dit zijn de rechtstreekse gevolgen van de recessie die we pril achter ons hebben liggen en waarbij we nog volop aan het zoeken zijn hoe om te gaan met deze nieuwe werkelijkheid. Als de focus alleen op efficiëntie gericht wordt, zal dat slechts korte termijn voordeel opleveren. De uitdaging ligt dan ook in het samen laten gaan van een hogere doelmatigheid met fundamentele wijzigingen. Het denken vanuit waarde perspectieven en het toewerken naar verdienmodellen gebaseerd op Total Cost of Ownership (TCO) of zelfs Life Cycle Costing (LCC) is daarbij de uitdaging van de toekomst. Total Cost of Ownership berekent de kosten over de hele levensduur, dus inclusief bijvoorbeeld nazorg, garanties, her/bijtscholing. Bij Life Cycle Costing worden daar bovenop de maatschappelijke effecten over de hele levensduur meegenomen, dus van CO2-reductie, tot impact op werkgelegenheid, tot het aantal mensen met afstand tot de arbeidsmarkt dat aan een baan geholpen is enzovoort. Dit denken vanuit waarde perspectieven en bijbehorende verdienmodellen hebben we binnen de inkoopfunctie sociaal domein van Zuid-Limburg niet aangetroffen.

4. Van vraag gestuurd naar klant gestuurd: De kentering in de maatschappij, waarbij de burger centraal staat, vraagt het nodige van inkoopafdelingen. Publieke organisaties staan voor de opgave om aan de ene kant dienstverlening waar mogelijk te standaardiseren en eenvoudig toegankelijk te maken, anderzijds is er de roep om persoonlijke benadering en maatwerk. Dit alles vraagt evenals het vorige punt om het denken vanuit waarde perspectieven, waarbij een breder veld aan stakeholders meegenomen moet worden, dan voorheen gebruikelijk was. Ook de ontwikkeling die plaats zal moeten vinden aan de marktzijde is een belangrijk punt van aandacht waarbij een visie nodig is op de wijze waarop markten ontwikkeld kunnen worden om mee te kunnen in deze macro beweging. Zover wij hebben kunnen waarnemen, stoeit Zuid-Limburg met dezelfde thema's als die landelijk onderwerp van gesprek zijn.

5. Afbreken van silo's (kokers) in eigen organisatie(s): Een belangrijke voorwaarde om als publieke inkoop bovenstaande ontwikkelingen te kunnen maken, is de wijze waarop de interne organisatie zichzelf georganiseerd heeft en welke positie de inkoopfunctie daarin heeft of krijgt. Publieke organisaties zullen platter moeten worden met minder managementlagen, waarbij cross functionele samenwerking de standaard wordt. Gericht op inkoop gaat het om het leren werken met aanbestedingsteams die samengesteld worden over de looptijd van een heel contract en niet slechts om tot een contract te komen. In deze aanbestedingsteams bevinden zich stakeholders die vanuit verschillende kennis, ervaring en belangen waarde toe voegen. Nog beter is de ontwikkeling naar categorie/inkooppakket teams, die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor een bepaald inkooppakket zoals WMO. Teams die verder gaan dan organisatiegrenzen, indien het inkooppakket daar om vraagt. Het samenwerken in teamverband vergt andere competenties dan het werken vanuit een hiërarchische positie en het zal ook blijken dat het niet eenvoudig is deze omslag te maken. Anderzijds geldt ook dat voor de mensen die niet in deze teams zitten, het vertrouwen / mandaat / bevoegdheid geven aan deze teams, zodat deze slagvaardig kunnen opereren en weinig gehinderd worden door verkokerde werkwijzen. Deze vorm van samenwerken is wellicht nog het

best te vergelijken met regionale projectmatige samenwerking, waarbij gewerkt wordt los van hiërarchische structuren. Deze regionale projectmatige vorm van samenwerking hebben we in Zuid-Limburg aangetroffen, alleen niet zozeer specifiek op het terrein van inkoop of inkooppakketten.

6. Sociaal domein kiest voor schijnbare eenvoud. Tenslotte nog een belangrijke ontwikkeling specifiek met betrekking tot inkoop sociaal domein vanaf 2015. De omvangrijke en complexe taken waar gemeenten sinds 2015 verantwoordelijk voor zijn, vereisen elk een specifieke inkoopaanpak. De aard van de taken en de doelgroepen en zorgaanbieders waarmee gemeenten te maken hebben, kent namelijk grote verschillen. Echter frappant genoeg, zijn gemeenten in het algemeen juist geneigd om iedere taak op dezelfde wijze te benaderen. Argumentatie die hieraan ten grondslag ligt, is de wens om het simpel te houden. De neiging om te kiezen voor dezelfde benadering geldt zowel voor het gehanteerde inkoopmodel, de relatie met de aanbieders als voor de wijze van regievoering en zien we breed in Nederland voorkomen.

Veel gemeenten hebben voor het overgangsjaar 2015 gekozen voor zorgproducten die zijn gebaseerd op het oude stelsel. Echter, vanwege de verwachte doorontwikkeling in het sociale domein, de transformatie en samenhang met reeds bestaande taken, dienen gemeenten deze keuze te heroverwegen om gericht mee te sturen in de gewenste veranderingen in het sociale domein (bron: Piano sociaal domein).

Zuid-Limburg handelt hiermee tot op heden in lijn met deze landelijke ontwikkeling, aangezien voor het grootste deel van het sociaal domein gekozen is voor dezelfde inkoopmethodiek (bestuurlijk aanbesteden) en daarbij behorende arrangementensystematiek en wijze van bekostiging. Tegelijkertijd is het inzicht en de overtuiging van deze ontwikkeling, de grondslag geweest voor de aan ons geformuleerde onderzoeksvragen.

4.3 Inzichten uit het inkoopvak

Nederland staat wereldwijd in de top drie van landen met de meest professionele inkoop, net onder Amerika en Engeland. Dit betekent dat er heel veel kennis beschikbaar is, die zijn nut in het bijzonder kan bewijzen als deze vertaald wordt naar en toegepast wordt in het sociaal domein.

Sprekend over inkoop sociaal domein, dan spreken we over diensten en leveringen. Juist op gebied van diensteninkoop zijn de ontwikkelingen de laatste 10-15 jaar razend snel gegaan. Er is wetenschappelijk onderzoek beschikbaar, bruikbare modellen en bovenal veel praktijkervaring. Het sociaal domein kan hier zijn lessen uit halen.

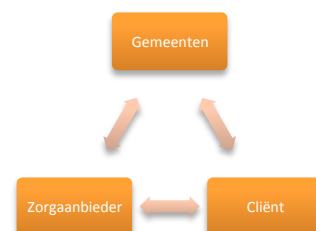
Een van de eerder geformuleerde hoofdconclusies was dat bestuurlijk aanbesteden door ons beschouwd wordt als een primair administratief-juridische constructie, die weinig te maken heeft met het inkoopvak. Dit neemt niet weg dat hiermee in de overgang naar het nieuwe stelsel wel continuïteit is gegarandeerd.

Deze paragraaf biedt nader inzicht en onderbouwing in wat er mogelijk is op gebied van inkoop, mits dit passend vertaald wordt naar het sociaal domein. In Zuid-Limburg hebben we dit zoals gezegd nagenoeg niet aangetroffen.

De kern van inkoop is dat inkoop mogelijkheden biedt aan een organisatie te differentiëren, waarmee de best passende oplossingen ontstaan ongeacht de complexiteit van het vraagstuk. In het verlengde hiervan hoort hierbij ook het maken van keuzes in bijvoorbeeld met welke zorgaanbieders samengewerkt wordt. Het kan een bewuste keuze zijn om in bepaalde delen van het zorglandschap het mogelijk te maken dat alle (potentiële) zorgaanbieders mee kunnen doen. Een dergelijke keuze heeft zijn eigen voor- en nadelen. Een voordeel hiervan is bijvoorbeeld dat de keuzevrijheid volledig bij de cliënt ligt. Een nadeel hiervan is dat dit een arbeidsintensieve werkwijze is die niet voor iedereen en voor alle diensten doelmatig is. Het bewust maken van deze afwegingen en het afwegen van alternatieven is een van de kerntaken van inkoop.

Een greep uit inzichten vanuit het inkoopvak die van toegevoegde waarde kunnen zijn als ze vertaald worden naar inkoop sociaal domein:

- a. **Volwassenheidsmodellen:** volwassenheidsmodellen schetsen logische transformatiepaden voor de professionalisering van een inkoopfunctie, waarbij bewuste keuzes en sturing gegeven kan worden. Vanuit niets ontwikkelen naar de hoogste niveaus (mits dat wenselijk is), kent een doorlooptijd van zeker tien jaar. Bekende volwassenheidsmodellen zijn MSU+ en het model van Keough. Wij hebben in de afsluitende paragraaf 5.8 een inkoopontwikkelmodel opgenomen op maat voor het sociaal domein.
- b. **Modellen gericht op transparantie:** de basis van een inkoopfunctie begint altijd met creatie van meedogenloze transparantie. Het gaat om antwoorden op vraagstukken als wat wordt uitgegeven door wie en aan welke leveranciers, hoeveel facturen zijn er, wat is de gemiddelde ordergrootte, in hoeverre loopt het proces geautomatiseerd, wat is het foutpercentage. Het gaat ook om inzicht in de ketens van leveranciers: wie zijn betrokken bij welke aankopen, hoeveel schakels zijn er voor nodig, hoe ver kunnen we terug kijken in de keten en hebben we de hele keten in grip? En uiteraard gaat het om inzicht in de contracten zelf, welke afspraken zijn er gemaakt, wanneer zijn de expiratedata, hebben we contactgegevens op orde, zijn contracten actueel? Er zijn simpelweg zoveel modellen en technieken beschikbaar die hierbij behulpzaam kunnen zijn, dat het weinig zinvol is hiervan een opsomming te maken.
- c. **Modellen gericht op prioritering:** Eens als er inzicht is in basis data, ontstaat er ook een overzicht op het totale leverancierslandschap, waardoor grip vergroot kan worden door prioriteiten te stellen. De bekendste matrix hierbij is de Kraljic-matrix, die vanuit het perspectief van een opdrachtgever (hoe belangrijk is deze zorgaanbieder voor mij?) onderscheid maakt in vier categorieën: knelpuntleveranciers, hefboomleveranciers, strategische leveranciers en routine leveranciers. Er is door de inkoopafdeling van Maastricht een eerste versie van de Kraljic gebruikt, maar daar zijn verder nog geen acties aan gekoppeld, dan wel interne gesprekken over geweest. Een soortgelijke matrix bestaat ook vanuit leveranciersperspectief (hoe kijken zorgaanbieders naar gemeenten?). Echt interessant wordt het als deze beiden aan elkaar gekoppeld worden. Afhankelijk van de positie in de matrix, zijn er voorkeursstrategieën over hoe om te gaan met die categorie leveranciers. Ook kan de bewuste keuze gemaakt worden om meer of juist minder aandacht aan die categorie te besteden. In paragraaf 4.7 hebben wij een eerste opmaat gemaakt naar inkoopstrategieën op maat voor sociaal domein ZL vanuit de Kraljic-matrix.
- d. **Modellen gericht op regie (anders dan 1G1P1R):** Iedere organisatie heeft te maken met het vraagstuk: wat doe ik zelf en wat doet mijn leverancier? Waar leg ik de zogeheten 'knip'? Waar begint en waar stopt mijn verantwoordelijkheid? Het ontwikkelen naar een regie-organisatie gaat meestal niet zonder horten en stoten. Het heeft impact op functies van mensen zelf, de manier waarop je aanbesteedt, de wijze waarop je je contracten inricht en de wijze waarop je vorm geeft aan zaken als beleidsontwikkeling, prestatiemeting, kwaliteitsbeheersing, omgang met klachten enzovoort. Met name het facilitair werkveld heeft afgelopen tien tot vijftien jaar een enorme doorontwikkeling gemaakt, waarbij zinvolle inzichten en modellen beschikbaar zijn die ook hun waarde voor het sociaal domein kunnen bewijzen, mits ze op de goede wijze vertaald worden.
- e. **Modellen gericht op diensteninkoop en prestatiecontracten:** Juist de diensteninkoop groeit. Klantbeleving en servicegerichtheid zijn waarden waar in de huidige maatschappij steeds meer belang aan gehecht wordt. Liever dan precies beschrijven wat we willen hebben (inspanningsgerichte beschrijving, zoals arrangementen in de huidige structuur opgezet zijn), wordt vanuit inkoop steeds vaker gekozen voor functionele beschrijvingen. Daarvoor zijn allerlei termen als output, outcome, prestatie of beleving, met evenzoveel uitleg en nuances daartussen beschikbaar.
- f. **Prestatiebekostiging in dienstentriades.** De inzichten uit de notitie 'Prestatiebekostiging in de dienstentriade' (vrij verkrijgbaar op internet, auteur F. Wynstra) zou eveneens scherpte en structuur kunnen toevoegen aan verbeteringen. In het sociaal domein is er inkooptechnisch sprake van een dienstentriade. Bij een dienstentriade gaat het om diensten die door gemeenten worden ingekocht, ten behoeve van verwijzers/cliënten waarbij de zorgaanbieders rechtstreeks leveren aan die cliënten en er evengoed een rechtstreekse lijn is tussen gemeenten en cliënt. Denk daarbij bijvoorbeeld



aan beleid wat rechtstreeks betrekking heeft op de cliënt of het vastleggen van bijbehorende instructies hoe bepaalde vormen van zorg toegekend te krijgen. Over de uitdagingen en aandachtspunten die horen bij deze dienstentriades is veel bekend. Bovendien gaat deze notitie in op de ontwikkelstappen om van inspanningsgerichte naar prestatiebekostiging te gaan, in lijn met het voorgaande punt.

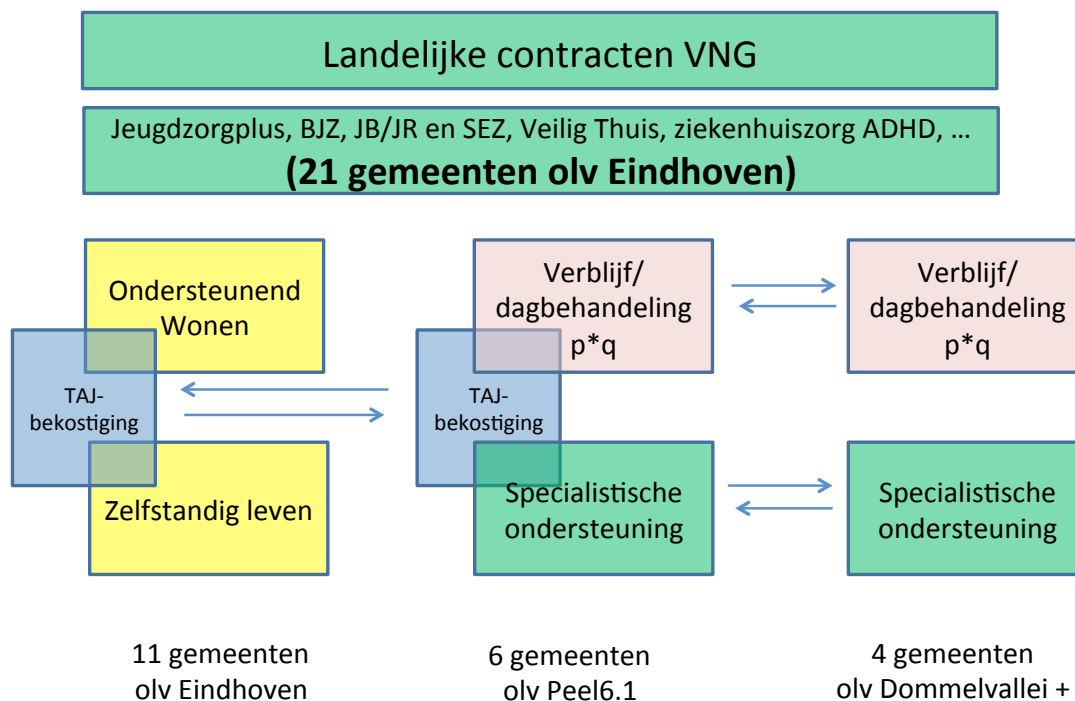
- g. Waardevergroting en innovatie:** Waar inkoop traditioneel bekend staat om haar focus op prijs, is dit al jaren niet meer de werkwijze waarmee inkopers opgeleid worden en geacht worden te werk te gaan. Meer en meer wordt inkoop ingezet als een bedrijfsfunctie die waarde toe dient te voegen aan realisatie van het organisatiebeleid. De positie van inkoop is hierbij ook logisch, omdat juist met het afsluiten van nieuwe contracten er een uitstekend momentum is veranderingen te realiseren. Ook zijn er steeds meer methodieken die ondersteunend zijn in een aanpak gericht op middellange en lange termijn (waardeperspectief) in plaats van alleen op het moment van de deal (korte termijn). Hieronder vallen de eerder genoemde modellen gericht op Total Cost of Ownership en Life Cycle Costing.
- h. Variatie in aanbestedingsmethodieken:** Het sociaal domein heeft vanaf de start ingezet op bestuurlijk aanbesteden, want dat leek op dat moment voor gemeenten de meest voor de hand liggende inkoopmethode om onder hoge tijdsdruk in de noodzakelijke zorgcontinuïteit in 2015 te kunnen voorzien. Dit is echter slechts een van de methodieken die beschikbaar zijn en gevolgd kunnen worden. Zonder alles nader toe te lichten, zijn andere mogelijkheden bijvoorbeeld Best Value, Rapid Circulair Contracting, Value Sourcing en maatschappelijk aanbesteden. Belangrijker dan wat deze methodieken exact inhouden en voor welke methodiek gekozen wordt, is de vraag welke doelen de aanbestedende dienst wil bereiken met zijn inkoop en hoe daar het best invulling aan gegeven wordt. Daarbij leent de ene methodiek zich beter voor bijvoorbeeld openheid en transparantie of doorontwikkeling dan de anderen. In de Checklist inkoop sociaal domein (paragraaf 5.6) worden de belangrijkste inkoopmethodieken kort toegelicht.
- i. Variatie in aanbestedingsprocedures:** Los van de methodiek die gekozen wordt, kent de Aanbestedingswet ook verschillende procedures die ingezet kunnen en soms moeten worden, afhankelijk van de marktkenmerken en doelstellingen van de aanbestedende dienst. Zo is een innovatiepartnerschap bij uitstek geschikt als het gaat over het ontwikkelen van heel vernieuwende zaken die er vandaag nog niet zijn. Een concurrentiegerichte dialoog laat ook veel meer ruimte dan een reguliere procedure voor doorontwikkeling van complexe vraagstukken. Een aantal aanbestedingsprocedures, evenals gunningsmethodieken, wordt nader toegelicht in de checklist inkoop sociaal domein (paragraaf 5.6).

4.4 Samenwerkingsvraagstukken

In deze paragraaf behandelen we hoe in andere regio's de gemeentelijke samenwerking is ingericht binnen het sociaal domein en welke ideeën er leven ten aanzien van de doorontwikkeling. Deze paragraaf behandelt kort de inkoop samenwerking in Zuid-Oost Brabant (ZOB) en in Breda. Voor ZL is ZOB met name interessant vanwege de positieve ervaringen die daar opgedaan zijn met een cafetariamodel. Voor ZL is Breda met name interessant voor de positieve ervaringen die daar opgedaan zijn met projectmatige, regionale teams (onder de naam van Contractmanagement).

Zuid Oost Brabant telt 21 gemeenten, waarbij Eindhoven de grootste stad is, gevolgd door Helmond. Helmond vervult voor de gemeenten in de Peelregio een centrumfunctie, Eindhoven doet dat op haar beurt voor heel ZOB. Bij aanvang in 2015 is de inkoop dynamisch verlopen. Medio 2014 had Eindhoven in afstemming met Helmond een dienstverleningsovereenkomst ontworpen (DVO) voor de zorginkoop volgens het zogenaamde cafetariamodel. Over een aantal zorgvormen - waaronder JB/JR, spoedeisende zorg en Veilig Thuis - was direct duidelijk dat de 21 gemeentes graag meeliftten met Eindhoven. Voor andere zorgvormen was dat anders. De in totaal 11 gemeenten in ZOB konden via hun subregio verblijf en/of ambulante jeugdzorg wel of niet door Eindhoven in laten kopen. De subregio's Dommelvallei+ en Peelregio-Helmond hebben deze vormen tot op heden eigenstandig in gekocht. In het plaatje hieronder is de situatie weergegeven zoals die begin 2016 op het gebied van de samenwerking jeugdhulp was.

Overzicht inkoop Jeugdhulp in ZO-Brabant



Figuur 24 Inrichting samenwerking, inkoop en bekostiging in ZO-Brabant

Een tweede voorbeeld dat we willen noemen is gemeente Breda. Gemeente Breda heeft voor het sociale domein een *Team Contractmanagement* dat verantwoordelijk is voor zowel inkoop als contractbeheer. Dit team is onderdeel van het bedrijfsbureau van de directie Ontwikkeling (beleid breed) en door middel van een DVO verricht Breda hun inkoopdienstverlening voor de gehele regio West Brabant Oost (negen gemeenten). Team Contractmanagement slaat voor het vervullen van de inkoopverantwoordelijkheid (opstellen van contracten, contractmanagement) bruggen met materiedeskundigen van beleid, uitvoering (toegangsprofessionals) en de backofficefuncties (berichtenverkeer en facturatie). Feitelijk is hier sprake van een categorieteam.

In Breda is het zo dat de toegangsprofessionals WMO in eigen dienst zijn en de toegangsprofessionals jeugd niet (maar zij opereren wel vanuit de onafhankelijke CJG-vlag). Bijzonder in Breda is dat het facturatie en berichtenverkeer voor jeugd (op dit moment nog) wordt verzorgd door een commerciële partij "zorg lokaal".

Ook in Breda is gewerkt met het proces van bestuurlijk aanbesteden en zij hebben daar thematafels aan gekoppeld. Medio 2016 was men daar nog tevreden mee en wilde men ook de jaarlijkse subsidiesystematiek hier op aansluiten. Opgave waaraan tevens gewerkt werd/wordt, is om het contractmanagement van de inkoopovereenkomsten en het zogenaamde accounthouderschap voor subsidierelaties meer op elkaar uit te lijnen en met elkaar te vervlechten.

4.5 Inrichting samenwerking

De VNG heeft een handreiking publiek publieke samenwerking en het aanbestedingsrecht uitgebracht in januari 2015. Vanuit het aanbestedingsrecht wordt ingestoken op mogelijke vormen van gemeentelijke samenwerking en de randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden. Het stuk is juridisch ingestoken en gaat in op verticale samenwerking, horizontale samenwerking, alleenrecht/uitsluitend recht en overdracht van bevoegdheden. Aangezien de nieuwe taken WMO en

JH nog volop in ontwikkeling zijn, is een horizontale samenwerking in deze fase aan de orde en ook zeer wenselijk. Platform 31 heeft met het oog op de decentralisaties in 2013 al een praktische notitie opgesteld over mogelijke bestuursvormen. Voor het sociaal domein werden er drie hoofdvormen onderscheiden:

1. Een openbaar lichaam op basis van de Wet Gemeentelijke Regelingen (WGR)
2. Een centrumgemeente constructie (tevens WGR, maar zonder totstandkoming openbaar lichaam)
3. Ambtelijke poolvorming

Deze vormen zijn door Platform 31 op hun voor- en nadelen, en aandachtspunten nader uitgewerkt. Voor elke vorm liggen die weer net anders. De regionale inkoop in ZL wordt via construct twee en drie georganiseerd. Veel samenwerkingsafspraken komen via ambtelijke poolvorming tot stand maar met de Centrumregeling JH ZL is er ook sprake van een centrumgemeenteconstructie (variant twee). Via een stuurgroep houden betreffende bestuurders voeling met het verder uitwerken van de samenwerking en het nemen van beslissingen. Ook in ZOB heeft Eindhoven een overeenkomst gesloten met zijn 21 omliggende gemeenten, en wordt er via een bestuurlijke stuurgroep meegestuurd op relevante beslissingen.

De keuze voor een openbaar lichaam zien we nog wat minder terug in Nederland. De gemeenten rondom Den Haag hebben een openbaar lichaam (genaamd H10) ingericht en in de loop van 2018 moet blijken of dit wordt voortgezet. Ook de Peelgemeenten hebben met zijn vijven gekozen voor een openbaar lichaam; deze variant was voor Helmond niet bespreekbaar omdat men te veel aan zeggenschap en slagkracht in zou moeten boeten.

Samenwerking kan op veel aspecten en veel afspraken zijn op een organische wijze tot stand gekomen via de vormen twee en drie. Dit is logisch en heeft enerzijds te maken met de start van een totaal nieuwe taak die voor gemeenten onbekend was. Anderzijds heeft het zeker ook te maken met de autonome beleidsruimte van gemeenten. Onze wetgever heeft er weloverwogen voor gekozen om te decentraliseren naar gemeenten. Het is belangrijk dat gemeenten autonome beleidsruimte behouden om ook zelf te kunnen sturen op de nieuwe verantwoordelijkheden uit WMO en Jeugdwet. Dat lukt enerzijds via het beleid en de toegang en daarnaast ook via de inkoop. Wanneer gemeenten onderlinge samenwerkingsafspraken maken - en autonomie inleveren - is het altijd belangrijk om stil te staan bij de vraag wat de samenwerking oplevert.

Samenwerkingsafspraken spelen zich af op meerdere terreinen: administratie, ICT, berichtenverkeer, instrumenten, beleid, prijzen, volumes, geld, relatie, productdefinities, overeenkomsten, inkoop en contractmanagement etc. We zien dat de verankering van deze samenwerkingsafspraken nog niet overal gestructureerd plaats vindt, en dat is ook de situatie in ZL.

Bovenstaande tekst gaat vooral in op de juridische en beleidsmatige kant van samenwerken. Naast de aandacht voor de juridische en beleidsmatige kant van samenwerken, slaagt samenwerking pas echt met een zorgvuldige inrichting. Wij hebben hierbij in de praktijk al vele malen dankbaar gebruik gemaakt van het samenwerkingsmodel van Bart Stofberg die vier niveaus van samenwerking aangeeft en ook inricht. Ongeacht welk model gekozen wordt, is het gericht aandacht besteden aan de inrichting van een samenwerking en deze ook onderhouden, onontbeerlijk om succesvol te zijn.

4.6 Visie op regie

In beleidsstukken vanuit ZL staat te lezen: *De gemeente voert regie op inhoud(elijke) vernieuwing, geld en uitvoering: de gemeente wil graag zelf verderop staan tijdens de transformatieperiode vanuit onvervreemdbare wettelijke verantwoordelijkheden, vanuit beleidsmatige transformatieambities en vanuit risicobeheersing.* En even verder op staat: *De regie vindt plaats op basis van 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur (1G1P1R).* Tenslotte vinden we over regie terug: *Regie in de vorm van geclausuleerd vertrouwen ('high trust, high penalty).*

Mooie beleidsuitgangspunten, maar het roept bij ons vooral vragen op. Vragen als: welke definitie wordt gehanteerd over dit woord regie? Is er een eenduidige uitleg van wat dit begrip regie inhoudt? Hoe richt je regie in? Wat voor activiteiten horen daarbij? Wie voeren die activiteiten uit? En sluiten die activiteiten aan op wat anderen doen? Zijn deze taken en verantwoordelijkheden in balans

gebracht met de bijbehorende bevoegdheden? En in hoeverre zijn de mensen belast met uitvoering ook geëquipeerd met de juiste middelen, contracten en systemen om inhoud te kunnen geven aan deze nieuw verworven regierol? Zijn de mensen bovendien opgeleid en beschikken ze daarmee over de juiste kennis, vaardigheden en competenties? Tijdens ons veldonderzoek hebben wij deze vragen over regie ook vele malen gesteld en uit de diversiteit aan antwoorden die wij hierop terug gekregen hebben, hebben wij deze bevinding toegevoegd aan onze verwondermomenten.

Wij trekken hier graag het parallel met het facilitaire vakgebied. Dit is eveneens groot qua financiële omvang en heeft eveneens te maken met een grote diversiteit aan verschillende specialismen. Organisaties maken de afgelopen vijftien jaar massaal de keuze om deze dienstverlening niet langer in eigen huis uit te voeren, maar over te laten aan marktpartijen voor wie dit hun primaire business is. Dit betekent dat de rol van de eigen organisatie is veranderd van een uitvoerende rol, waarbij materiedeskundigheid in huis aanwezig is, naar een regie organisatie waar het gaat om woorden als sturing, grip, coördinatie en doorontwikkeling.

Waar wij de parallel zien met het sociaal domein, zit precies op het inhoud geven aan die regierol, omdat gemeenten zeer beperkt zelf in de uitvoering zitten, maar wel willen sturen. De afgelopen vijftien jaar is in het facilitair domein gestoeid met het inhoud geven aan de regierol. Met vallen en opstaan is zowel de markt als de opdrachtgevers gestaag gegroeid naar volwassenheid. Dit is gepaard gegaan met lessons learned, maar ook met zinvolle modellen zoals het FM-regieframework. Dit framework operationaliseert het woord 'regie' naar niet minder dan veertien rollen die ingevuld kunnen worden. Deze variëren op twee assen, namelijk op de as 'strategisch - tactisch - operationeel' als op de as 'klant-product/dienst-markt'. Het framework geeft niet alleen houvast voor ieder die werkt binnen een regie-functie, het scherpt ook de rollen aan en ondersteunt besluitvorming op vraagstukken rond zelf doen/uitbesteden en/of het bundelen van diverse soorten dienstverlening.

Het lijkt ons een uitdaging deze inzichten te vertalen naar een passend Sociaal Domein - regieframework wat gemeenten helpt met het spreken van dezelfde taal en het daadwerkelijk inrichten van deze nieuwe rollen. Die daadwerkelijke vertaling maken, voert op dit moment te ver voor de scope van dit onderzoek.

4.7 Opmaat naar inkoopstrategie

In het data-onderzoek is een en ander uitgelegd over het waarom, wat en hoe van een Kraljic-analyse. Samenvattend is het een hulpmiddel om leveranciers te differentiëren op basis van specifieke kenmerken en is het een belangrijke opmaat naar het formuleren van de best passende inkoopstrategie. Zoals blijkt uit zowel conclusies als onze aanbevelingen, is het zeer raadzaam meer gespecificeerde inkoopstrategieën te ontwikkelen passend voor het sociaal domein in ZL. Om dat grondig aan te pakken, is meer nodig dan wat we nu gedaan hebben. Toch wilden we ons niet beperken tot de aanbeveling om inkoop strategieën te ontwikkelen, maar hebben daar ook een eerste opmaat over gemaakt op basis van data en inzichten die wij beschikbaar hadden.

Wat hebben wij gedaan? We hebben de beschikbare data over arrangementen en met name subarrangementen als uitgangspunt genomen en een alternatieve Kraljic samengesteld.

De wijze waarop we dit exact uitgewerkt hebben is in deze openbare versie van het rapport achterwege gelaten, omdat hierin een veelheid aan commercieel gevoelige informatie in verwerkt is, waarvoor uw begrip.

4.8 Bekostigingsmethodieken

De WMO en Jeugdwet hebben gemeenten en aanbieders een grote mate van beleids- en contractsvrijheid gelaten met betrekking tot de uitvoering. De ervaringen van de eerste helft van 2015 laten zien dat er landelijk veel verschillen bestaan in de gemaakte inkoopafspraken en de inrichting van de zorg-administratieve processen.

De variëteit in de uitvoering leidt tot veel maatwerk bij de inrichting van processen en handwerk bij de uitvoering ervan, zowel bij zorgaanbieders als gemeenten. Dit brengt onnodige kosten, risico's met betrekking tot de rechtmatigheid en vertraging en fouten in het administratieve proces met

zich mee. Een deel van deze variëteit is echter onbedoeld. Partijen die dezelfde inhoudelijke keuzes hebben gemaakt, hebben hun administratie vaak toch verschillend ingericht.

Voor de uitwisseling van gegevens en berichten tussen gemeente en zorgaanbieders is door het Nederlandse Zorginstituut een handreiking opgesteld in opdracht van het programma informatievoorziening Sociaal Domein van de VNG, waar in de regio ZL gebruik van gemaakt wordt.

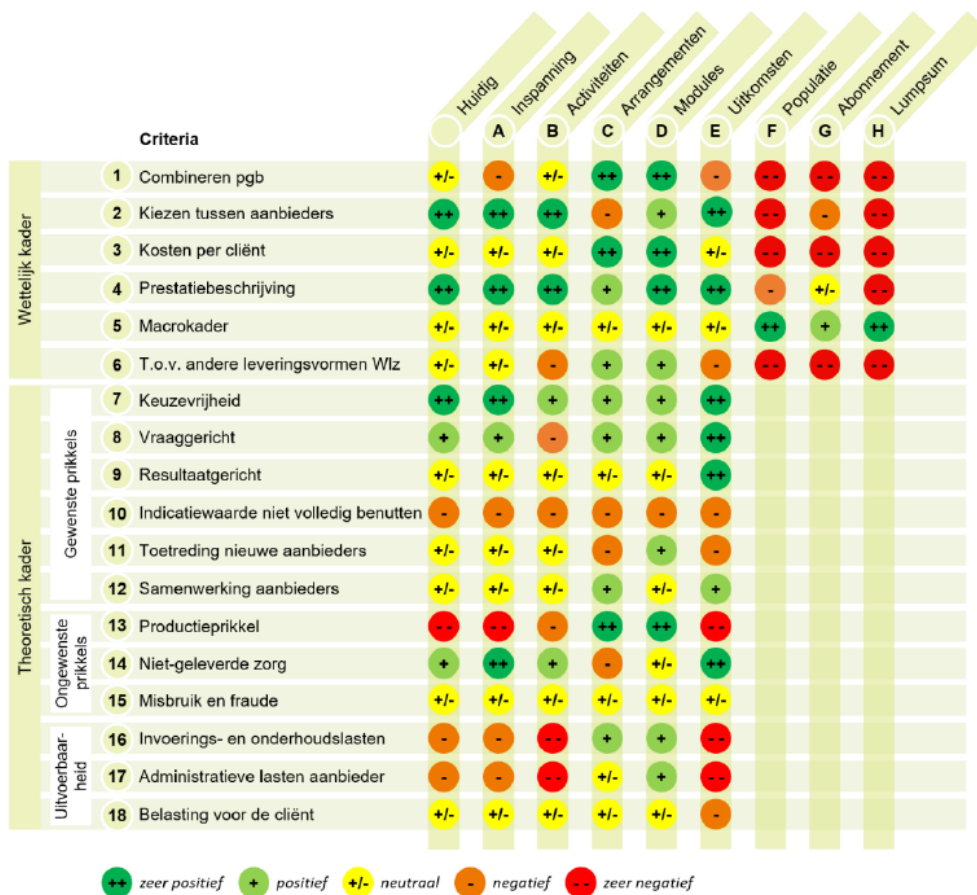
In opdracht van de NZa heeft Gupta Strategists een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de verschillende mogelijkheden voor bekostiging. Dit onderzoek was gericht op het modulair pakket thuis in het kader van de Wlz. Dat is uiteraard een aanpalend domein maar dat neemt niet weg dat veel van hun conclusies ook betrokken kunnen worden op WMO en JW.

Voor de verschillende soorten inkoop situaties kunnen verschillende bekostigingsmodellen worden ingezet. Ook op het vlak van bekostigingsmethodieken geldt overigens dat de taal daarbij niet altijd eenduidig is. De NZa onderkent:

- *Inspanningsbekostiging*, waarbij de aanbieder geleverde uren vergoed krijgt. Het risico op over- of onderbesteding is klein, maar de prikkel om efficiënt te werken, samen te werken of te vernieuwen is eveneens klein.
- *Activiteitenbekostiging*, waarbij de aanbieder per zorgactiviteit een vergoeding ontvangt. Meer prikkel tot efficiënt werken, maar ook meer administratieve lasten en weinig prikkel om resultaat te leveren of selectief te zijn.
- *Arrangementsbekostiging*, waarbij cliënt en aanbieder afspreken welk deel van de indicatiewaarde de cliënt in natura wil ontvangen; dit is het arrangement (bijvoorbeeld: licht, middel of zwaar). Goed te combineren met PGB. Dat geldt voor de systematiek maar vraagt uiteraard ook een kundige rol van de cliënt of de ouders van de cliënt. Goed voor beheersing van de kosten per cliënt, waarbij dit wel afhankelijk is van de mate van gedetailleerdheid waarmee het arrangement omschreven is. Er zit wel een risico in van niet-geleverde maar wel gedeclareerde zorg.
- *Modulebekostiging*, waarbij de indicatiewaarde in meerdere modules is opgedeeld en de cliënt per module een aanbieder kan kiezen. Deze systematiek wordt geacht vergelijkbare effecten te hebben als de arrangementensystematiek met een verbetering op de factoren prestatiebeschrijving, kiezen tussen aanbieders en toetreding van nieuwe aanbieders.
- *Uitkomstbekostiging*, waarbij de vergoeding voor de geleverde zorg afhangt van de kwaliteit die de aanbieder levert. De systematiek wordt gezien als een moeilijk te voeren werkwijze met hoge administratieve lasten. De productieprikkel wordt laag verwacht.
- *Populatiebekostiging*, waarbij de aanbieder een budget krijgt afhankelijk van het aantal inwoners in de regio, ongeacht of deze mensen gebruik maken van het dienstenpakket. De prioriteitstelling wordt overgelaten aan de aanbieder. Over- of onderbekostiging en de garantie dat altijd noodzakelijke zorg wordt verleend, kunnen een risico vormen. Grote voordeel is dat het op macroniveau goed beheersbaar is. Populatiebekostiging kan alleen gecorrigeerd toegepast worden als er bijvoorbeeld een ongewoon hoge populatie aanwezig is van een bepaalde indicatie, omdat er bijvoorbeeld een specifieke zorginstelling gevestigd is.
- *Abonnementsbekostiging*, waarbij de aanbieder een budget krijgt afhankelijk van het aantal personen dat zich bij deze aanbieder heeft ingeschreven, ongeacht of deze personen gebruik maken van het aanbod.
- *Lumpsumbekostiging (basissubsidie)*, waarbij de aanbieder een vast budget krijgt, ongeacht het aantal cliënten dat gebruik maakt van het aanbod. Dit is vooral geschikt voor basisvoorzieningen die altijd beschikbaar moeten zijn, ook als de vraag tijdelijk laag is (crisisdiensten) of diensten die moeilijker op te bouwen of te vervangen zijn (expertise).
- *Hybride bekostiging* waarbij bekostigingsmodellen worden gecombineerd.

Tenslotte zijn de pluspakketten bij zorgverzekeringen een alternatieve vorm van bekostiging voor zorgaanbieders.

De bevindingen van NZa hebben zij samengevat in onderstaand schema (*bron: Verkenning van bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis, 2016*):



Figuur 25: Overzicht toetsing bestofingsmodellen aan wettelijk en theoretisch kader (bron, Gupta Strategists 2016)

In dit overzicht zijn de verschillende bestofingsmodellen zoals geformuleerd door NZa getoetst op basis van twee stappen. In de eerste stap is beoordeeld of en in welke mate de modellen voldoen aan de criteria van de vigerende wettelijk kaders uit 2016. Hieruit volgt dat populatie-, abonnements- en lumpsumbestofing niet passen binnen die wettelijke kader en de systematiek van de Wlz. Daarom zijn deze modellen niet nader uitgewerkt in stap twee. In de tweede stap zijn de modellen van inspannings-, activiteiten-, arrangementen-, module- en uitkomstbestofing aan de hand van het theoretische kaders beoordeeld. Deze kaders omvatten de beoordelingscriteria voor gewenste prikkels, ongewenste prikkels en uitvoerbaarheid. Indien er ++ gescoord wordt, dan betekent dit dat de criteria goed passen bij de bestofingsmethodiek of hier ondersteunend aan zijn, bij -- vice versa. Voor een nadere toelichting op het theoretisch kader verwijzen we u graag door naar de bron.

Hoewel enigszins gedateerd, is dit nog steeds een waardevol onderzoek. Een van de conclusies die zij trekken is dat de arrangementenbestofing in zijn oorspronkelijke vorm geen productieprikkels teweeg brengt, omdat een zorgaanbieder betaald krijgt, ongeacht het daadwerkelijk aantal bestede uren. Wij herkennen ons hier maar ten dele in, omdat we binnen ZL wel menen te onderkennen dat juist de arrangementensystematiek een prikkel teweeg brengt om maar zoveel mogelijk arrangementen te leveren. Mogelijk kent de verfijnde arrangementensystematiek wel een effect van productieprikkels, vanuit de financiële druk om te verlengen/op te schalen, maar daar is op dit moment nog niet voldoende inzicht in.

Hoe dan ook is een centrale vraag voor het vervolg: Hoe beperk je een te grote groei van bestedingen?

Deze vraag kan niet enkel als een technische inkoopvraag worden gesteld. Ongetwijfeld zal met prijsinkoop een financieel resultaat gehaald kunnen worden. Van verbetering van de doelmatigheid kan echter niet verwacht worden dat het een evenwichtige tegenkracht is tegen de groeicijfers die in ZL gerealiseerd worden. De vraag heeft ook al snel een maatschappelijke en politieke invalshoek: hoe kunnen we op een acceptabele manier de vraag naar zorg beïnvloeden?

Invalshoeken zijn:

- Effectievere inzet van de voorliggende voorzieningen.
- Afbakening en focus op de wettelijke WMO- en JH-taken.
- Regels stellen aan het stapelen van arrangementen of prijsconsequenties verbinden aan stapeling.
- Regressieve prijzen en staffels.
- Voorwaardelijke afrekening waarbij een deel van de vergoeding gekoppeld is aan kwaliteit, innovatie en/of doelmatigheid.
- Segmenteren van diensten en aanbieders en daar een selectief inkoopproces op organiseren.

4.9 Arrangementen systematiek, of?

De arrangementensystematiek is vooralsnog een prima basis die gebruikt kan worden ook bij andere vormen van inkoopmethoden dan bestuurlijk aanbesteden. Het is te beschouwen als een soort van bestek, waarbij ruimte is voor een zekere mate van indexatie. Op termijn zijn er ook andere vormen dan de arrangementensystematiek denkbaar waarmee de zorg uitgevraagd kan worden. Bij Best Value bijvoorbeeld wordt de markt benaderd op basis van doelstellingen en een beschrijving van de huidige situatie. Op dat moment krijgt de zorgaanbieder de ruimte om op basis van zijn expertise invulling te geven aan de door de gemeente gestelde doelstellingen. De overgang naar eventuele alternatieven voor de arrangementensystematiek zal geleidelijk moeten gebeuren en vooral bij die arrangementen waarbij bijvoorbeeld nu veel problemen ontstaan met te hoge indiceringen. Juist bij de arrangementen is ook spoedig financiële druk te verwachten om sneller te komen met alternatieven. Een aantal mogelijke alternatieven wordt uitgewerkt in de Checklist inkoop sociaal domein.

4.10 Belangrijkste bevindingen validatie

Op grond van onze validatie, hebben we een opsomming van de belangrijkste, algemene bevindingen geformuleerd:

DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN UIT VALIDATIE

1. De ambulantisering van de zorg en oplossingen bieden dichtbij huis zet zich nog steeds verder door. ZL handelt hiermee in lijn met landelijke trend, maar vertaalt dit nog niet naar haar inkoopstrategieën.
2. Triple Aim zou een richtinggevend principe kunnen zijn om de zorg in Nederland anders in te richten. Triple Aim zet de cliënt centraal. In ZL zijn twee proeftuinen, te weten Blauwe Zorg en MijnZorg. Desalniettemin is Triple Aim nog geen breed gedragen thema in ZL.
3. De ontwikkeling naar focus op positieve gezondheid lijkt steeds sterker te worden. In ZL is dit concept al sterk ingebed.
4. De grenzen van de zorg kennen een stevig grijs gebied, enerzijds door flankerende wet- en regelgeving, anderzijds een meer politiek-ethische discussie wat nog wel en niet onder betaalde zorgvoorzieningen dient te vallen. Dit thema staat op de agenda in ZL, maar de discussie is niet afgerond.
5. Zowel het generaliseren als het specialiseren van het aanbod van zorgaanbieders is een landelijk thema. Dit thema staat in ZL nog weinig op de agenda's.
6. Geen van de achttien gemeenten uit Zuid-Limburg heeft het Manifest Maatschappelijk Verantwoord Inkopen ondertekend.
7. Uitgangspunt van aanbestedingen wordt steeds meer gekenmerkt door transparantie en vertrouwen. Bestuurlijk aanbesteden stimuleert dit nadrukkelijk, wat onverlet laat dat hier nog meer slagen te maken zijn vanuit de inkoopverantwoordelijken in ZL.
8. In het algemeen geldt dat van gemeenten verwacht wordt meer te realiseren dan in het verleden, maar met minder middelen. Dit leidt tot inzet van waardeperspectieven en bijbehorende verdienmodellen, die we nog niet hebben aangetroffen in ZL.
9. Bij inkoop staat steeds meer de klant (cliënt / eindgebruiker) en minder de vraag centraal. Dit vraagt een omslag in denken en werken, waarbij ZL handelt in lijn met de landelijke ontwikkelingen.
10. Er is intern bij gemeenten teveel verkokering aanwezig, waarbij de positie van inkoop in het bijzonder te veel geïsoleerd is. Dit vraagt om een andere regionale projectmatige vorm van samenwerken welke we binnen ZL specifiek op het terrein van inkoop niet aangetroffen hebben.
11. Voor inkoop sociaal domein zijn veelal identieke oplossingen gekozen voor uiteenlopende vraagstukken en uitdagingen. In ZL is dit eveneens het geval, maar het bewustzijn hiervan ligt ten grondslag aan de geformuleerde onderzoeksvragen van dit onderzoek.
12. Het inkoopvak kent tal van inzichten en methodieken die van toegevoegde waarde kunnen zijn voor het sociaal domein, mits goed vertaald en toegepast. ZL kan hier profijt van hebben.
13. Bewuste en heldere inrichtingskeuzes op alle terreinen (niet alleen bestuursvorm, maar ook zaken als administratie, ICT, berichtenverkeer, instrumenten, beleid, prijzen, volumes, geld, relatie, productdefinities, overeenkomsten, inkoop en contractmanagement) zijn niet altijd goed verankerd.
14. Naast de juridische en organisatorische inrichting dient er ook aandacht te zijn om de samenwerking zelf tot stand te laten komen tussen de verschillende deelnemers.
15. Rond het woord 'regie' is in ZL veel onduidelijkheid wat dit exact betekent en wie en hoe hier invulling aan gegeven wordt.
16. De opmaat tot inkoopstrategieën voor ZL biedt een gedifferentieerder beeld dan tot op heden aanwezig was, onderbouwt mogelijkheden op gebied van inkoop en omvat adviezen voor de verschillende segmenten.

5 Deelvragen en Aanbevelingen

Dit hoofdstuk start met het beantwoorden van de verschillende deelvragen, gevolgd door de aanbevelingen die rechtstreeks voortkomen uit de deelvragen. Vervolgens introduceren wij de Checklist inkoop sociaal domein, waarin een belangrijk deel van ons advies samenkomt in een praktische aanpak. In paragraaf 5.5 lopen we vervolgens alle bevindingen nogmaals na van zowel dossier-, data- en veldonderzoek evenals onze validatie en zullen per bevinding een aanbeveling formuleren. Soms zit hier overlap in, soms worden hierbij nieuwe elementen benoemd. In de afsluitende paragraaf introduceren we het ontwikkelmodel inkoop sociaal domein, wat als handvat kan dienen bij het opstellen van een ontwikkelpad voor de zorginkoop in Zuid-Limburg.

5.1 Samenwerkingsvorm inclusief besluitvormingsstructuur

Voor we inzoomen op de deelvragen met betrekking tot de gewenste samenwerkingsvorm voor JH, BW en WMO, benoemen we eerst de rode draad van ons advies aangaande samenwerking en wijze van inkoop:

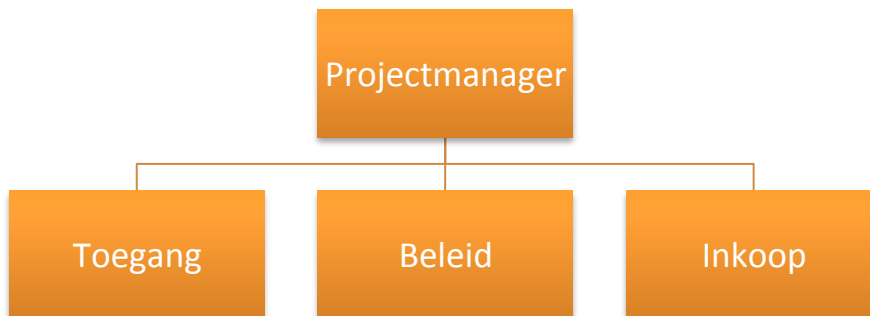
1. Voor JH kiezen voor een schaal van ZL, voor BW en WMO kiezen voor een schaal van MH
2. Opstellen van heldere spelregels omtrent de rol van Maastricht met keuzevrijheid voor samenwerkende gemeenten
3. Samenwerking zowel voor JH, BW als WMO praktisch vormgeven in regionale, projectmatige werkvormen op basis van thema's / inkooppakketten, zoals bijvoorbeeld 1. GGZ, 2. Residentieel bedden en 3. Crisishulp jeugd.
4. Bepaal de wijze van inkoop via de inkoopstrategie en checklist inkoop sociaal domein per (sub-)categorie. Differentieer en streef dus niet naar een eenduidige aanpak.

Het eerste advies wordt per deelvraag uitgewerkt. Aangezien het tweede, derde en vierde terugkomt, bij alle deelvragen, zullen we deze hieronder toelichten.

Ad 2) Voor wat betreft de onderlinge samenwerking tussen gemeenten, adviseren we allereerst om als (centrum)gemeente Maastricht op gebied van zowel JH, WMO en BW zelf haar positie te bepalen en vast te stellen van welke dienstverlening het wenselijk is deze wel en welke ook niet aan te gaan bieden gaat worden aan de samenwerkende gemeenten en onder welke voorwaarden en vervolgens dit te laten vaststellen door de samenwerkende gemeenten (*aanbeveling 1*). Voorbeelden van aspecten waarin Maastricht keuze zou moeten maken zijn onderwerpen als: contractbeheer, contractmanagement, leveranciersmanagement, berichtenverkeer, juridische ondersteuning, beleidsondersteuning, materiedeskundigheid, IT-ondersteuning et cetera.

Ad 3) Binnen het sociaal domein is nagenoeg altijd sprake van veel verschillende belanghebbenden. Zoals ook uit het veldonderzoek naar voren kwam, kan dit een belemmering zijn om voldoende slagkracht te laten zien. Juist daarom is het belangrijk een aanpassing door te voeren in de gebruikelijke werkwijze. Wat wij adviseren is te gaan werken met regionale projectgroepen die projectmatig te werk gaan (*aanbeveling 2*). Deze teams krijgen de opdracht mee om samen te gaan werken op een specifiek onderwerp. Dit kunnen zij doen aan hand van de Checklist Inkoop Sociaal Domein zoals we die zullen introduceren in paragraaf 5.6. Hierbij is het belangrijk dat management / bestuur, ondersteund vanuit beleid en toegang, allereerst stap 1 doorlopen en daarbij heldere kaders en organisatiedoelstellingen vaststelt die betrekking hebben bijvoorbeeld op gebied van GGZ. Dit is belangrijk om een goed startpunt te creëren voor de projectgroep. Vervolgens kan vanuit de projectgroep (stap 2) een team vastgesteld worden dat de inkoop gaat doen van de GGZ. De samenstelling van een dergelijk team kan variëren, maar zal er altijd ongeveer uit komen te zien zoals in onderstaande figuur. Hierbij moet gestreefd worden naar een maximale groepsgrootte van circa zeven personen. Bij de keuze voor de vulling van de projectgroep is het van belang dat deze voldoende draagvlak en vertrouwen genieten bij de volledige doelgroep. Ander belangrijk aandachtspunt is dat de projectleden genoeg tijd en focus hebben om te kunnen werken aan het project. De projectgroep legt verantwoording af aan bijvoorbeeld de stuurgroep JH. De stuurgroep JH kan op haar beurt ook bepaalde verantwoordelijkheden mandateren aan deze projectgroep.

Wat uitgewerkt zal moeten worden, is over welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden een projectgroep standaard zal beschikken en op welke momenten zij zaken voor dienen te leggen ter besluitvorming. Dit kan vastgelegd worden in een addendum bij een nieuwe centrumregeling of samenwerkingsovereenkomst. In het algemeen strekt het tot aanbeveling om een inkoopstrategie goed te laten keuren op hoger niveau, maar vervolgens het projectteam de ruimte te geven om de invulling hiervan zelfstandig te laten doen. Dit betekent bijvoorbeeld dat er geen goedkeuring nodig is, alvorens een aanbesteding te publiceren of te gunnen, zolang het proces binnen de kaders van de goedgekeurde strategie verloopt. Deze wijze van inrichting zal de slagkracht van een projectteam sterk ten goede komen.



Figuur 26: Voorbeeld van een projectteam voor GGZ

Ad 4) Gevraagd is aan ons een advies te formuleren voor de beste wijze van inkoop voor JH, WMO en BW. Zoals we in ons rapport op vele plaatsen onderbouwd hebben, is het naar onze mening niet wenselijk en zelfs niet mogelijk hier een eenduidig antwoord op te geven. De beste wijze van inkoop en daarvan afgeleid ook van de best passende bekostigingsmethodiek, is een kwestie van maatwerk om het beste effect te realiseren. Wel bieden we diverse handvatten om tot deze onderbouwde keuzes te komen. Dit betreft:

- Het opstellen van een inkoopstrategie, waarvoor paragraaf 4.7 stevige input geeft voor te maken keuzes voor zowel JH, WMO als BW en voorziet in voorbeelden en advies
- Het werken met de Checklist inkoop sociaal domein, die gepresenteerd wordt in paragraaf 5.6
- Het werken met regionale, projectmatige teams op basis van specifieke onderwerpen

Advies luidt dan ook de wijze van inkoop te bepalen via de inkoopstrategie en checklist inkoop sociaal domein per (sub-)categorie. Differentieer en streef dus niet naar een eenduidige aanpak (*aanbeveling 3*).

5.1.1 Jeugdhulp (deelvraag a)

Deelvraag a: Onderzoek de wijze van inkoop en daarbij passende samenwerkingsvorm voor de JH voor de periode na 01-01-2019. Hierbij zal worden ingegaan op de besluitvormingsstructuur en mogelijke verbeteringen hierin en het al dan niet vervolgen van de Centrumregeling JZ ZL. Bij de uitwerking zal de invulling van het strategisch partnerschap voor de JH zoals dat nu wordt uitgewerkt in het kader van de transitieagenda worden meegenomen

Zoals uit de rode draad blijkt, adviseren we voor JH een samenwerking op de schaal van achttien vergezeld met keuzevrijheid en heldere spelregels. Wat hiervoor nodig is, is een generiek samenwerkingsmodel, zowel met de markt als in de onderlinge relatie tussen gemeenten.

Voor wat betreft dit generieke samenwerkingsmodel met de markt, adviseren we de samenwerkingsovereenkomst te verlengen per 01-01-18, maar expliciet te beperken tot bestuurlijk

aanbesteden voor een beperkt aantal diensten (*aanbeveling 4*). Het is daarbij belangrijk om een aantal verbeteringen aan te brengen in de bestaande samenwerkingsovereenkomst.

Adviezen met betrekking tot verbeteringen van de samenwerkingsovereenkomst:

De huidige samenwerkingsovereenkomst is opgesteld in een tijd dat de regio kampte met hoge mate van onzekerheid. De samenwerkingsovereenkomst houdt dan ook nadrukkelijk ruimte open om flexibel in te kunnen spelen op deze onzekerheden, waarbij bestuurlijk aanbesteden als belangrijkste grondslag gekozen is. Wat in ieder geval zou moeten gebeuren, is de samenwerkingsovereenkomst actualiseren (*aanbeveling 4a, paragraaf 5.5*).

De samenwerkingsovereenkomst kan worden verbeterd door het aanbrengen van meer focus in de inhoudelijke en beleidsmatige aspecten (maximaal drie focusgebieden), zodat er een duidelijk richtinggevend signaal vanuit gaat voor de korte termijn (0-2 jaar). Eventueel kunnen er ook middellange (2-5 jaar) en lange termijn (>5 jaar) doelstellingen in worden opgenomen. Dit advies heeft in ieder geval betrekking op punten n, o en p zoals benoemd bij de overwegingen (*aanbeveling 4b*).

De werkingssfeer van de samenwerkingsovereenkomst beperken tot die inkooptrajecten waar bestuurlijk aanbesteden ook in de toekomst de gekozen inkoopmethodiek blijft. Nadrukkelijk ruimte opnemen voor de mogelijkheid van gemeenten te differentiëren in inkoopmethodiek, waarmee dus gehandeld wordt buiten de werking van de samenwerkingsovereenkomst. Dit betekent concreet dat de samenwerkingsovereenkomst meer het karakter van een vangnet krijgt omdat de werkingssfeer geleidelijk aan zal afnemen. Zie voor nadere uitwerking van advies tot differentiatie de checklist inkoop sociaal domein (*aanbeveling 4c*).

Vervolgens adviseren we de onderlinge samenwerking te regelen in de Centrumregeling JH, door deze te verlengen per 01-01-19 voor een periode van vier jaar (*aanbeveling 5*) met in achtname van de volgende verbeterpunten:

Adviezen met betrekking tot verbeteringen van de centrumregeling JH:

Wij adviseren een splitsing aan te brengen in de centrumregeling, waarmee voor JH een deel facultatief is (cafetariamodel) en een deel verplicht. Hiermee wordt een knip gemaakt in de arrangementensystematiek. In het cafetariamodel kunnen de eenvoudigere vormen van zorg onder gebracht worden, zoals ambulante. Dit wordt uitgesplitst per arrangement en opgenomen als bijlage bij de nieuwe centrumregeling.

De subregio's/gemeenten hebben dan op hun beurt een grotere flexibiliteit ten opzichte van de huidige situatie om op kleinere schaal samen te werken, precies op de schaal die het beste past. In de regio ZOB is met het cafetariamodel ervaring opgedaan sinds 2015 en dit bevalt goed. Belangrijk element is dat de deelnemende gemeenten voldoende vrijheid hebben om autonoom invulling te geven aan die delen van de inkoop waar dat lokaal wenselijk geacht wordt. De bijlage van de Centrumregeling kan jaarlijks geupdate worden met nadere doorontwikkelingen op het gebied van inkoop, beleid en/of toegang. De centrumgemeente zal aan deze jaarlijkse update wel grenzen en randvoorwaarden stellen (*aanbeveling 5a*).

Voor wat betreft de besluitvorming is het belangrijk dat de samenwerking zo slagvaardig mogelijk is, echter met behoud van zoveel mogelijk draagvlak. Het is daarbij wenselijk dat de centrumgemeente Maastricht meer ruimte krijgt om autonoom te handelen voor inkoop die valt onder de strekking van de overeenkomst en daarbij niet verplicht is ieder besluit eerst voor te leggen aan achttien bestuursorganen. Bestuurlijke afstemming over voorgenomen beleidswijzigingen of kaderstelling dient wel plaats te vinden in een bestuurlijke stuurgroep en besluitvorming dient altijd in lijn plaats te vinden met de vastgestelde (beleids)doelstellingen. De stuurgroep JH kan kiezen om mandaat te verstrekken aan de nieuwe regionale projectteams voor specifieke thema's (*aanbeveling 5b*).

Waar de samenwerking tot op heden vaak op organische wijze vanuit ambtelijke poolvorming is ontstaan, adviseren wij afspraken beter te verankeren in de nieuwe Centrumregeling. Het gaat met name om scherp de rol van de centrumgemeente Maastricht te definiëren ten opzichte van de

regiogemeenten en vice versa als resultaat van de uitwerking van aanbeveling 1 uit paragraaf 5.5. Ook het onderscheid en de rolverdeling tussen beleid, toegang en inkoop is nog steeds niet heel erg scherp. Die scherpste in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zal de komende jaren aandacht moeten gaan krijgen. De rol van inkoop maar zeer zeker ook van de toegang zal (in ZL) toe moeten nemen om in goede balans met beleid de noodzakelijke verbetering door te voeren.

In de kern regelt de centrumgemeente Maastricht de inkoop en het contractmanagement en verzorgt zij ook het facturatieproces. Het is belangrijk om preciezer te benoemen welke bedrijfsvoeringstechnische “inkoopprestaties” gemeente Maastricht levert voor de deelnemende gemeenten, en wat dat kost (*aanbeveling 5c*) en dit in de centrumregeling vast te leggen.

Wij adviseren subregio's of gemeenten om iets meer zelf in te kopen en/of te organiseren en toe te werken naar een vaste set aan nabije zorgaanbieders. Dit alleen waar de risico's aanvaardbaar zijn, voldoende volume gegarandeerd blijft en gekozen kan worden voor een inkoopstrategie die duidelijk toegevoegde waarde genereert (ofwel in doelmatigheid, ofwel in kwaliteit). Meer op lokaler niveau inkopen, heeft het voordeel dat er werk gemaakt kan worden van het ontwikkelen van strategische partnerschappen, en dat partnerschap en de verbondenheid met de lokale sociale infrastructuur een belangrijk kwaliteitsaspect kan zijn bij de aanbesteding. Dat laatste aspect speelt met name mee bij arrangementen als begeleiding en dyslexiezorg. Een meerjarige overeenkomst (minimaal vier jaar) zou het streven moeten zijn, in lijn met waar Brunssum voor gekozen heeft. Belangrijk is dat gemeenten stapsgewijs leerervaringen op gaan doen, en met de eigen/subregionale inkoop van toegang of eenvoudig ambulant creëren zij hun eigen leer- en verbetercyclus. Een cyclus die enerzijds hout snijdt op de relatie gemeente-zorgaanbieders en zeker ook hout snijdt en meer grip biedt op de toegang. Een voorbeeld waarbij het zinvol is de dialoog primair lokaal te voeren is dyslexieconsumptie en de verwijzing vanuit bepaalde scholen (*aanbeveling 5d*).

Waar wij met ons data-onderzoek positief verrast waren dat alles in het systeem van gemeente Maastricht gefactureerd werd, zal deze afspraak mogelijk niet houdbaar zijn wanneer er op onderdelen uitgestapt wordt. Met de ZL-brede introductie van het systeem Zorgned kunnen deze voordelen (een plek waar alle productiedata ZL bij elkaar staat) mogelijk in stand worden gehouden en dat strekt zeker tot aanbeveling. Het beschikbaar hebben van veel data levert veel informatie op over waar er verbeterd en bijgestuurd kan worden. Vraag is wel onder welke vlag deze eenduidige werkwijze blijft bestaan. Uitgangspunt hiervoor zou moeten zijn dat alle achttien gemeenten zich gezamenlijk verantwoordelijk blijven voelen voor de kwaliteit van het zorglandschap in de regio. (*aanbeveling 5e*).

5.1.2 WMO (deelvraag b)

Deelvraag b: Onderzoek naar de wijze van inkoop WMO en de daarbij passende samenwerkingsvorm voor de periode na 01-01-2018.

Zoals blijkt uit de rode draad adviseren wij voor WMO en BW te gaan samenwerken op de schaal van MH.

Wij adviseren de onderlinge samenwerking te regelen in een soortgelijke regeling als de Centrumregeling JH, maar dan gericht op WMO en BW (*aanbeveling 6*). Voor WMO kan de ingangsdatum hiervan 01-01-19 zijn en voor BW 01-01-22 op basis van de huidige overeenkomsten. De verbeterpunten die genoemd zijn onder JH, zijn uiteraard ook aandachtspunten bij het opstellen van deze Centrumregeling.

Aangaande de (on-)wenselijkheid van het cafetariamodel zal Maastricht allereerst zelf positie moeten kiezen (*aanbeveling 1*). Specifiek voor WMO geldt dat inkoop in heel Nederland plaats vindt op veel kleinere schaal. Het zou dan ook logisch lijken de arrangementen op gebied van WMO volledig op te nemen in het cafetariamodel, en de samenwerkende gemeenten keuzeruimte te bieden. Dit staat los van het feit of de gemeenten van MH hier ook daadwerkelijk gebruik van wensen te maken. Het cafetariamodel heeft als groot voordeel een hogere mate van flexibiliteit om precies op dat niveau per inkoopcategorie samen te werken die het beste past. Denkend in termen

van inkoopstrategie lijkt het voor de WMO voor de hand liggen, als een van de eerste te gaan experimenteren met andere inkoopmethodieken, zoals bijvoorbeeld een aantal raamovereenkomsten aangaan voor een periode van vier jaar, waardoor vervolgens met deze zorgaanbieders relaties opgebouwd kunnen worden (*aanbeveling 7*).

5.1.3 Beschermd wonen (deelvraag c)

Deelvraag c: Onderzoek naar de wijze van inkoop Beschermd Wonen en daarbij passende samenwerkingsvorm voor de periode na 01-01-2020, rekening houdend met de mogelijke beëindiging van de aanwijzing van de gemeente Maastricht als centrumgemeente voor Beschermd Wonen voor MH/ Westelijke Mijnstreek door het rijk. Daarbij te betrekken de al aangegeven voorkeur van de huidige deelnemende gemeente op dit vanaf 2020 op MH schaal in te kopen.

Voor BW adviseren wij de schaal van inkoop juist te verkleinen. Dit advies komt voort uit het vergroten van slagkracht en focus voor BW. Daar bovenop komt als groot voordeel dat er een goede verbinding ontstaat met de lokale infrastructuur. Wij adviseren de samenwerking vast te leggen conform *aanbeveling 6* in een Centrumregeling samen met de WMO.

Speciaal aandachtspunt voor BW is dat BW juist wel vraagt om meerjarig commitment, zeker voor de meer specialistische arrangementen. Dit komt omdat de impact van een wissel in zorgaanbieders groot en meestal ongewenst is. Dit pretendeert om hier het cafetariamodel niet toe te passen, maar deelname verplicht te stellen (*aanbeveling 8*).

5.2 Werking en effecten arrangementensystematiek (deelvraag e)

Deelvraag e: Werking en effecten van de arrangementensystematiek in relatie tot de gewenste inkoopmethode en de regievoering van de deelnemende gemeenten op langere termijn.

We adviseren gemeenten de - met de arrangementensystematiek geïntroduceerde - zorgtaal overeind te houden binnen ZL. Dit biedt houvast aan toegangspersonals en zorgaanbieders en is een vereiste om grip en regie te blijven houden op het sociaal domein. Het draagt ook bij aan de uniformiteit en herkenbaarheid (*aanbeveling 9*).

Dit laat onverlet dat er met differentiatie in inkoopmethodiek (*aanbeveling 3*), ook geleidelijk toegroeid kan worden naar andere manieren van aanbesteden, waarbij de arrangementensystematiek niet zonder meer vanzelfsprekend is als basis. Een eventuele overgang zou echter geleidelijk moeten gaan (*aanbeveling 10*).

5.3 Bestuurlijk aanbesteden (deelvraag f)

Kort gezegd vinden wij bestuurlijk aanbesteden niet altijd de meest gewenste/adequate

Deelvraag f: De vraag of bestuurlijk aanbesteden ook naar de toekomst de meest gewenste / adequate inkoopvorm is, waarbij tevens de juridische aspecten bij het eventueel beperken van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders dient te worden meegenomen.

inkoopvorm voor het totaalpakket van JH, WMO en BW voor de toekomst, zoals ook blijkt uit ons advies om meer maatwerk te stimuleren (*aanbeveling 3*).

Bestuurlijk aanbesteden kan daarbij nog altijd worden toegepast, maar slechts als één van de mogelijkheden, afhankelijk van het antwoord op een aantal belangrijke vraagstukken en niet langer als enige werkwijze. Overigens is de juridische houdbaarheid van de methodiek van bestuurlijk aanbesteden geen vanzelfsprekendheid voor de toekomst. Wij verwachten bij een eventueel rechterlijke uitspraak een geleidelijke overgang, omdat in een groot deel van Nederland gemeenten deze inkoopmethode hanteren anno 2017.

De kern van inkoop in algemene zin is op verantwoorde wijze kiezen of en welke zorgaanbieders gecontracteerd zullen worden. Als je op zo'n wijze te werk gaat, zal de reductie van zorgaanbieders bij de keuze voor welke andere inkoopmethodiek dan ook, automatisch geregeld worden en geen juridische problemen opleveren.

Reductie van zorgaanbieders binnen bestuurlijk aanbesteden, levert wél een juridische uitdaging op. De grondslag onder het bestuurlijk aanbesteden is dat het Falk-arrest van 2016 bepaalt dat als iedere aanbieder onder dezelfde voorwaarden mee mag doen er geen sprake is van een overheidsopdracht. Het Falk-arrest ging over een systeem van afspraken. Een ziekenfonds wilde medicijnen inkopen tegen een kortingspercentage van 15%. Eenieder die hieraan voldeed mocht meedoen.

Op het moment dat er geturnd wordt aan dit uitgangspunt, is het Falk-arrest niet langer van toepassing is, er dus sprake is van een normale overheidsopdracht, die onder de strekking van de aanbestedingswet valt. Op moment dat niet iedereen meer mee mag doen, of aan de voorwaarden geturnd wordt, is bestuurlijk aanbesteden niet toegestaan. Meer in algemene zin geldt bovendien dat met uitspraken van het Hof restrictief omgegaan dient te worden, wat een ruimere interpretatie evenmin toelaat. Door actief te gaan reduceren van zorgaanbieders binnen bestuurlijk aanbesteden, bevindt men zich op glad ijs. Directe reductie lijkt in geen enkel geval mogelijk, maar ook het via Fysieke Overleg Tafels verder aanscherpen van voorwaarden waardoor niet iedereen meer mee kan doen, is af te raden.

5.4 Financieringsvorm (deelvraag g)

Deelvraag g: Een beoordeling van de meest gewenste-adequate-haalbare financieringsvorm die met de voorgestelde inkoopvorm wordt nagestreefd, waarbij tevens de vraag wordt betrokken of dit voor alle thans gecontracteerde arrangementen dient te gelden c.q. of hierin gedifferentieerd dient te worden.

In lijn met beantwoording van de eerdere deelvragen, vinden wij ook hier dat niet gekozen moet worden voor één vorm van bekostiging die vervolgens op alle arrangementen toegepast moet worden, maar dat hierin gedifferentieerd dient te worden.

De wijze waarop de keuze voor de best passende financiering gemaakt zou moeten worden is uitgewerkt in de checklist inkoop sociaal domein (paragraaf 5.6). *Aanbeveling 12* stimuleert meer differentiatie aan te brengen in financieringsvormen, afgeleid van de gekozen organisatiedoelstellingen en de best passende inkoopvorm. In de checklist zijn verschillende voorbeelden uitgewerkt en voorzien van argumentatie.

Bijlagen

Evaluatie Zorg-Inkoop Zuid-Limburg



Inhoudsopgave bijlagen

Inhoudsopgave bijlagen	2
1 Onderzoeksverantwoording en methodologie	3
1.1 Dossier-onderzoek (afkomstig uit of over Zuid-Limburg)	3
1.2 Data-onderzoek	4
1.3 Veld-onderzoek	5
1.3.1 Achtergrond en werking Q-sort methode.....	5
1.3.2 Wijze data-collectie Zuid-Limburg	6
1.3.3 Data-analyse Zuid-Limburg	7
2 Achtergrond onderzoeksteam	8
3 Overzicht respondenten veldonderzoek (P-set).....	10
4 Overzicht variabelen veldonderzoek (Q-set)	11
5 Rapportcijfers openingsvragen veld-onderzoek.....	12
6 Rapportcijfers openingsvragen veld-onderzoek uitgesplitst.....	13
7 Resultaten Q-sort (Q-set versus P-set).....	15

1 Onderzoeksverantwoording en methodologie

1.1 Dossier-onderzoek (afkomstig uit of over Zuid-Limburg)

Bron	Naam	Datum	Omvang
Gemeente Maastricht	Inkoop- en aanbestedingsbeleid	02-2012	12
Gemeente Maastricht plus 5 Heuvellandgemeenten	Transformatie sociaal domein, beleidskader van de WMO	01-2014	38
Gemeente Maastricht	Nadere invulling regie en opdrachtgeverschap sociaal domein	03-2014	11
Gemeente Maastricht	Nadere Kaders Inkoop Sociaal Domein 2015	07-2014	13
Gemeente Maastricht	Samenwerkingsovereenkomst inkoop Sociaal Domein Regio Maastricht Heuvelland	07-2014	16
Gemeente Maastricht plus 5 Heuvellandgemeenten	Uitvoeringsplan Jeugd	07-2016	46
Gemeente Maastricht	Collegenota nieuwe taken inkoop sociaal domein (basis DVO)	09-2014	13
Gemeente Maastricht	Inkoopcontracten 2015 Jeugd en WMO	11-2014	9
Gemeente Maastricht	Inkoopcontracten 2015 Jeugd en WMO 2	12-2014	8
Gemeente Maastricht	Bijlage bij Collegenota: overzicht zorgaanbieders	12-2014	1
Gemeente Maastricht	Bijlage bij Collegenota: toelichting op aantal specifieke zorgaanbieders	12-2014	3
18 gemeenten	Programmatisch jeugdhulp ZL van transitie naar transformatie	05-2015	11
VNG	Aanpak gezamenlijke inkoop Zuid-Limburg	09-2015	3
Rekenkamer Maastricht	Eindrapport Zicht op Samenwerking	10-2015	49
Portefeuillehouders MH	Toekomstagenda Sociaal Domein	12-2015	44
Gemeente Maastricht	Centrumregeling inkoop Jeugdzorg regio Zuid-Limburg	01-2016	22
Gemeente Maastricht	Gemeentebblad Besluit Maatschappelijke Ondersteuning 2015	01-2016	16
Gemeente Maastricht	Controle protocol Jeugdzorg en WMO centrumgemeente Maastricht 2015	02-2016	23
BMC	Een scherpe foto voor zicht op de transformatieagenda	04-2016	33
Gemeente Maastricht	Notitie Beschermd wonen	07-2016	14
Gemeente Maastricht	Notitie einde centrumconstructie beschermd wonen	07-2016	2
Gemeente Maastricht	i-sociaal domein	09-2016	22
BMC	Rapport BMC rond stand van zaken en mogelijkheden voor transformatie jeugdhulp Zuid-Limburg	09-2016	35
Zuid-Limburg	Transformatie agenda jeugdhulp Zuid-Limburg	10-2016	6
Gemeente Maastricht	Collegenota Contracten Inkoop WMO en Jeugdwet 2017	11-2016	13
Zuid-Limburg	Dienstverleningsovereenkomst (DVO)	11-2016	53
Gemeente Maastricht	B_1 aangepaste arrangementen jeugd	11-2016	4
Gemeente Maastricht	B_1a beschrijvingen jeugd	11-2016	23
Gemeente Maastricht	B_2 aangepaste arrangementen WMO en Beschermd wonen	11-2016	4
Gemeente Maastricht	B_2A beschrijvingen Beschermd wonen	11-2016	4
Gemeente Maastricht	B_3 Uitwerking resultaatsturing 2017-2018	11-2016	2
Gemeente Maastricht	B_4 Wijzigingen bijlagen DVO 2017	11-2016	15
Gemeente Maastricht	Collegenota Financiële aspecten inkoop WMO en Jeugdwet 2017	11-2016	16
Gemeente Maastricht	Berekenwijze en tarieven Jeugd en WMO	11-2016	15
Gemeente Maastricht	Tarievenbladen bij DVO2017	11-2016	11
Gemeente Maastricht	Toelichting op Tarievenbladen bij DVO2-17	11-2016	9
Gemeente Maastricht	PPT Monitoring Jeugdhulp ZL	11-2016	30
Gemeente Maastricht	Bijlage Rapport Monitoring Jeugdhulp ZL	11-2016	21
Gemeente Maastricht	Notitie Monitor 3D Q3 2016 tbv college	11-2016	17
Gemeente Maastricht	Memo analyse 201-2016	11-2016	2
Gemeente Maastricht	Oplegnotitie stuurgroep jeugd inkoop jeugdhulp 2017	11-2016	3
Gemeente Maastricht	Transformatie agenda Zuid-Limburg		14

Gemeente Maastricht	Uitleg jeugd in inkoopprocedure		1
Gemeente Maastricht	Algemene inkoopvoorwaarden gemeente Maastricht voor leveringen en diensten	2016	11
Zuid-Limburg	Nieuwe inkoopafspraken inkoop zorg- en ondersteuning 2017 FAQ	12-2016	12
Gemeente Maastricht	Monitor Q4	12-2016	1
Gemeente Maastricht	Collegememo Draaiknoppen Sociaal Domein	01-2017	4
Gemeente Maastricht	Draaiknoppen Sociaal Domein	02-2017	4
Gemeente Simpelveld	Gemeente blad Nadere Regels WMO Opvang en Beschermd Wonen	02-2017	4
Berenschot	Berenschot onderzoek gemeentelijk inkoopbeleid Jeugd	02-2017	13
KPMG	Onderzoek kosten Jeugd Gemeente Maastricht	03-2017	37
Zuyd Hogeschool	Sociale innovatie monitor Limburg	2017	80
Maastricht en Westelijke Mijnstreek	Analyse met oplosagenda Beschermd Wonen regio Maastricht Heuvelland en Westelijke Mijnstreek	04-2017	29
Gemeente Maastricht	PPT Wijzigingen inkoop 2017	04-2017	18
Gemeente Maastricht	Taskforce 3 Beschermd Wonen	04-2017	3

Algemene bronnen (Niet specifiek betrekking op Zuid-Limburg)

Bron	Naam	Datum	Omvang
Platform31	Handreiking regionale samenwerking voor gemeenten	02-2013	34
VNG	Handreiking publiek publieke samenwerking en het aanbestedingsrecht	01-2015	63
Netwerk Directeuren Sociaal Domein	Een nieuwe invulling van het sociaal domein. Analyse inkoop 2015 door gemeenten.	06-2015	46
Finn Wynstra	Onderzoek naar prestatiecontracten in dienstentriades	08-2015	76
VNG	Handreiking uitvoeringsvarianten iWMO en IJW	08-2015	40
Sociaal Cultureel Planbureau	Overall rapportage Sociaal Domein 2015	05-2016	409
CPB	Marktanalyse Huishoudelijke Hulp	02-2017	80
VNG / AEF	Blijvend vernieuwen binnen Sociaal Domein	04-2017	34
Artikel Internet: Binnenlands bestuur	Artikel over de financiële tekorten in het sociaal domein sinds de 3D.	04-2017	1
Gemeente.nu	Artikel over de inkoop van huishoudelijke hulp WMO	04-2017	1
Gezien.nl	Gezien.nl zorg pagina	04-2017	1
Internet	Zorginnovatie: Triple Aim	05-2017	1
Internet	Internet pagina van het sociaal domein	05-2017	1
Rijksoverheid	Uitleg WMO 2015	05-2017	1
Internet	Nederlandse Zorg Autoriteit		1
Gemeente.nu	Bekostiging sociaal domein: geef de touwtjes ook echt uit handen	06-2017	1
Institute for positive health	Positieve gezondheid: wat is het hoe en hoe meet je?	2017	1
Pianoo	Pianoo Sociaal Domein	2017	1

1.2 Data-onderzoek

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die de zorgaanbieders hebben aangeleverd aan de afdeling Inkoop van gemeente Maastricht. Deze gegevens zijn de declaratie voor diensten die zijn geleverd in de overeenkomsten voor gezamenlijke inkoop. Deze data is door de afdeling Inkoop verzameld, gecorrigeerd/geharmoniseerd en voor het onderzoek geanonimiseerd beschikbaar gesteld. De data bevat informatie over de gerealiseerde arrangementen en subarrangementen uit 2015 en 2016.

De data geeft een redelijk compleet beeld van de wijze waarop gebruik is gemaakt van de arrangementen. De data is niet een exacte afspiegeling van de bedrijfsvoeringsinformatie. Aanbieders leveren de informatie per kwartaal afzonderlijk aan in excelbestanden zonder

syntactische of validerende controles. De aangeleverde informatie kan beschouwd worden als declaratie/factuur. Op het moment de informatie beschikbaar is gesteld voor het onderzoek, was de eindafrekening van 2016 nog niet afgerond. Dat betekent dat er op details nog wijzigingen hebben plaatsgevonden die niet verwerkt zijn in het onderzoek. Deze informatie wordt in Maastricht verzameld in een BI-tool en door de afdeling Inkoop gecontroleerd, deels geüniformeerd/geharmoniseerd en verder gebruikt als basis voor uitbetaling van vergoedingen.

Verder is kennisgenomen van de begrotingen en realisaties van de zorgbudgetten van de gemeente Maastricht.

1.3 Veld-onderzoek

In het *veldonderzoek* tenslotte hebben we interviews gehouden met 51 belangrijke stakeholders, waaronder bestuurders, ambtenaren, zorgaanbieders, toegangsprofessionals, consultants en zorgafnemers. Voor het veldonderzoek hebben we de Q-sort methode toegepast.

De Q-sort methode in één zin uitgelegd, is het rangschikken van meningen, waardoor er geprioriteerd kan worden en acties meer kans hebben op succes. Wij hebben voor ons veldonderzoek gekozen voor toepassing van de Q-sort methode, omdat al snel duidelijk was dat er bij de zorginkoop in Zuid-Limburg sprake is van veel uiteenlopende inzichten, belangen en overtuigingen.

1.3.1 Achtergrond en werking Q-sort methode

Omdat de Q-sort methode relatief onbekend is, volgt hieronder een toelichting van de achtergrond en werking van de Q-sort methode. Dit stuk tekst is wetenschappelijk van aard en is alleen bestemd voor de geïnteresseerde lezer.

In 1935 heeft William Stephenson deze methode ontwikkeld, met als doel om wetenschappelijk onderzoek te kunnen verrichten naar menselijke subjectiviteit. Deze methode combineert zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek en wordt gebruikt om complexe, subjectieve structuren te onderzoeken zoals meningen, houdingen en waarden. De Q-sort is gericht op een relatief kleine groep mensen met een relatief grote hoeveelheid test-items. De correlaties tussen de verschillende respondenten worden in kaart gebracht, zodat meningen en overtuigingen zijn gemeten en gecategoriseerd. Hiermee is een bepaalde mate van generalisering mogelijk. Dit maakt deze methode uiterst geschikt om de meningen van verschillende stakeholders op geobjectiveerde wijze in kaart te brengen wanneer het gaat om toekomstbestendige zorginkoop.

We hebben de Q-sort methode gekozen om de verschillende perspectieven op de belangrijkste voorwaarden voor kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorginkoop te kunnen duiden. Dit levert een aantal voordelen op:

- 1) De Q-methodologie legt een fundament om systematisch subjectiviteit zoals meningen, opvattingen en overtuigingen te kunnen meten.
- 2) De Q-factor analyse geeft inzicht in overeenkomsten en verschillen tussen de groepen respondenten.
- 3) De perspectieven van verschillende belanghebbenden kunnen in kaart worden gebracht door het analyseren van de overeenkomsten en verschillen tussen de vooraf vastgestelde perspectieven.
- 4) De Q-methodologie verschilt van interviews en vragenlijsten, omdat de laatstgenoemde de meningen toetst van geïsoleerde statements. De Q-methode meet de meningen van de respondenten in relatie tot het geheel van stellingen.

De individuele *rankings* worden gebruikt voor een factor analyse. De factor analyse van een Q-methode correleert mensen in plaatsen van variabelen. Doordat de methode de correlatie tussen de persoonlijke profielen kan vaststellen, kan door de factor analyse de overeenkomsten in de standpunten en/of visie van de respondenten worden vastgesteld. De Q-sort methode wordt gebruikt, omdat het de mogelijkheid biedt de perspectieven van de verschillende respondenten te analyseren en de verschillen en/of overeenkomsten in kaart brengt. De Q-sort analyse levert de data die het mogelijk maakt om de respondenten te groeperen en de voorkeuren van de

respondenten met elkaar te vergelijken en meningen tegen elkaar af te zetten. Als uit de factor analyse blijkt dat significante clusters van correlatie bestaan, dan kunnen deze beschreven worden als gemeenschappelijke standpunten die we zullen benoemen als een profiel.

1.3.2 Wijze data-collectie Zuid-Limburg

Voor dit onderzoek zijn 51 stakeholders uit vijf verschillende categorieën geïnterviewd, welke de gehele onderzoekspopulatie vertegenwoordigen, te weten: ambtenaren, zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers, wethouders, beleidsambtenaren en WMO en Jeugd consulenten. Het betreft een groep respondenten die een groter geheel vertegenwoordigen en die een relevante mening hebben over het gestelde onderzoekitem; het betreft personen waarvan we verwachten dat zij een duidelijke en onderscheidende mening hebben betreffende zorginkoop. Een volledig overzicht met namen is opgenomen in bijlage 3. De resultaten zijn anoniem verwerkt en niet terug te leiden naar individuen. De totale groep respondenten wordt geduid als 'P-set'.

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een driedelige interviewset:

1) Een aantal schaalvragen (1-10) om te meten hoe de groep verschillende belangrijke elementen inschat

Voordat de respondenten is gevraagd om de Q-sort in te vullen, zijn vier vragen gesteld over de huidige tevredenheid. Deze vragen zijn enerzijds bedoeld om de deelnemers te helpen in het focussen op het onderwerp, anderzijds om een indruk te krijgen van de algehele tevredenheid van de respondenten op het gebied van zorginkoop.

2) De rangschikking van stellingen in de Q-sort

Een Q-sort werkt met een paraplustelling met een aantal variabelen die vervolgens gerangschikt dienen te worden. Voor dit onderzoek is de paraplustelling: *“Ik vind..... de belangrijkste voorwaarde voor kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorginkoop in Zuid-Limburg.”*

Voor dit onderzoek is gekozen voor 18 in te vullen variabelen, waarbij samenwerking, de wijze van inkoop en de wijze van bekostiging gediend hebben als vertrekpunt bij de inrichting van de vragen. De variabelen die geformuleerd zijn, vertegenwoordigen zowel 'middelen' als 'doelen'. De variabelen worden geduid als 'Q-set' en zijn opgenomen als bijlage 4.

De respondenten (de P-set) kregen de 18 variabelen (de Q-set) te zien op losse kaartjes in willekeurige volgorde. Hen is gevraagd om deze te “ranken” binnen de paraplustelling. Hiertoe is een scoreblad ontworpen (zie figuur 1). Door de ranking geven de respondenten hun subjectieve mening over welke variabele zij als belangrijkste inschatten voor kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorginkoop in Zuid-Limburg.

Het scoreblad is een continuüm dat twee uitersten heeft aan de beide uiteinden; van “sterkst mee eens” naar “minst mee eens”. Tussen de uiterste variabelen bevindt zich een verdeling die de vorm heeft van een quasi normale verdeling.

Bij de Q-sort hebben de deelnemers individueel een scoreblad met een kaartenset van de variabelen gebruikt. Tijdens de Q-sort was de onderzoeker beschikbaar om hulp te bieden aan de deelnemers. Deze hulp bestond uit toelichten van de betekenis van een variabele, of de werking van de Q-sort. Expliciet is niet ingegaan op vragen die de mening hadden kunnen beïnvloeden waar een variabele zou moeten liggen, door bijvoorbeeld argumenten te benoemen.



Figuur 1: Scoreblad Q-sort

3) De kwalitatieve onderbouwing voor de uiterste variabelen van de Q-sort

De Q-sort methode is in de basis een kwantitatieve onderzoeksmethode. Om de gegenereerde data te kunnen verifiëren, verdiepen en nuanceren, zijn aanvullende open interviewvragen gesteld aan de respondenten. Hierdoor wordt de motivatie achterhaald van de respondenten om de variabelen op een bepaalde manier te rangschikken en wordt de verdieping van het onderzoek gegenereerd. De respondenten hebben hun keuzes mondeling toegelicht en zelf schriftelijk ingevuld op het vragenformulier. De vijfde vraag, was daarbij een volledig open vraag die of verdieping kon geven op een van de aanwezige variabelen of nog een heel ander element kon belichten welke naar mening van de respondent belangrijk was.

- 1) Wilt u uw keuze toelichten voor de variabele die u in de +4 kolom heeft geplaatst?
- 2) Wilt u uw keuze toelichten voor de variabele die u in de +3 kolom heeft geplaatst?
- 3) Wilt u uw keuze toelichten voor de variabele die u in de -4 kolom heeft geplaatst?
- 4) Wilt u uw keuze toelichten voor de variabele die u in de -3 kolom heeft geplaatst?
- 5) Wat is de belangrijkste verbetersuggestie of aanbeveling die u heeft voor de zorginkoop in Zuid-Limburg?

1.3.3 Data-analyse Zuid-Limburg

De analyse van de rangschikkingen is een technische, objectieve procedure, die plaats vindt, deels via excel, deels via speciaal voor Q-sort beschikbare software (PQ Method 2.0).

Allereerst wordt de correlatiematrix van alle Q-sorts berekend om de overeenkomsten en verschillen tussen de respondenten in kaart te brengen. Deze resultaten vertegenwoordigen de grootte van overeenkomsten en tegenstellingen tussen de individuele scores (dit wordt gedeut als 'sorts'). Deze gegevens geven dus het niveau van (on)gelijkheid weer tussen de individuele meningen van de respondenten. Vervolgens wordt de factor analyse uitgevoerd. Hiermee wordt inzichtelijk welke verschillende profielen onderkend kunnen worden, die dezelfde mening zijn toegedaan. Na deze gegevensverwerking, worden deze gegevens verder geanalyseerd en gerangschikt.

Interpretatie van de data heeft plaatsgevonden door het onderzoeksteam, waarbij de meest opvallende en duidelijke resultaten opgenomen zijn in dit rapport.

2 Achtergrond onderzoeksteam

Jordie van Berkel-Schoonen is oprichter / eigenaar van F-Fort. Zij is haar loopbaan begonnen met een atheneum, HBO-facilitair management en de KMA. Zij heeft in totaal een kleine tien jaar voor het ministerie van Defensie gewerkt in uiteenlopende leidinggevende functies binnen de logistiek en inkoop. Vervolgens heeft ze haar loopbaan voortgezet bij Essent, vanuit zowel inkoop als facilitair management, waarbij ze verantwoordelijk is geweest voor een drietal intensieve transitie-programma's. Tijdens de recessie in 2012 is zij gestart als zelfstandig ondernemer en heeft F-Fort opgericht, inmiddels uitgegroeid tot een gerenommeerde organisatie die actief is in Nederland, België en Engeland op gebied van transitie management vanuit inkoop en facilitair management. Zelf is ze nog altijd actief bij diverse klanten. Haar opleidingen heeft ze gedurende haar loopbaan aangevuld met een universitaire studie Supply Chain Management, waarbij ze afgestudeerd is op Europees aanbesteden, Nevi 1 tot en met 3 en diverse incompany opleidingen op gebied van verandermanagement, leiderschap en persoonlijke ontwikkeling.

Een aantal noemenswaardigheden:

- Co-auteur volledig herziene versie 'Inkoop in strategisch perspectief'
- Bedenker recent gepubliceerde Cyclisch inkoopproces (samen met prof. dr. Arjan van Weele)
- Winnaar Inkoopprijs beste inkoopprestatie 2007-2012
- CPO-Maas International a.i. (ten tijde van dreigend faillissement)
- Transformatie inkoopfunctie gemeente Helmond
- Voorzitter Stichting Britt Helpt (ondersteunt onderwijs in Zuid-Afrika)
- Veelgevraagd dagvoorzitter, spreker, trainer

Jessica van Hees: Jessica is een breed inzetbare professional. Na haar gymnasium heeft ze de KMA met succes volbracht, waarbij ze opgeleid is tot leidinggevende in de zorg. Deze opleiding is gevolgd door 13 jaar in een breed scala aan functies ten dienste van het Ministerie van Defensie. Vanaf 2013 is zij fulltime werkzaam voor F-Fort. Eveneens in 2013 heeft zij haar MSc.-titel behaald in projectmanagement. Zij heeft een achtergrond in de zorgverlening als zorgmanager, coach en adviseur, werkt geregeld vanuit project- of interimposities en is gecertificeerd in BVP en international risk management.

Als Jessica kan investeren in het optimaliseren van de inkoop- en/of facilitaire organisatie en het aansturen van (facilitaire) professionals, is zij in haar kracht. Ze analyseert situaties snel als het moet en grondig als het kan, zodat er met de juiste prioriteiten aan de slag gegaan kan worden. In alle project- en interimopdrachten werkt zij met project-, stakeholder- en risicomanagement om succesvolle samenwerkingen te bewerkstelligen die tot tevreden klanten leiden. Het ligt in haar karakter om mensen zo goed mogelijk te ondersteunen door de combinatie van mensgerichtheid, organisatorisch vermogen, positief kritische opstelling, enthousiasme en gedrevenheid.

Voor een breed scala aan opdrachtgevers (zie figuur 3) heeft zij de afgelopen vier jaar duurzame veranderingen weten te bewerkstelligen vanuit haar functie bij F-Fort. Een aantal bijzondere prestaties:

- 5 Q-sortonderzoeken uitgevoerd bij verschillende opdrachtgevers.
Resultaat: in alle gevallen zeer tevreden klanten door de verrassende invalshoek en uitkomsten van deze wetenschappelijke en tegelijkertijd pragmatische methodiek
- Projectleider (Dimence Groep) losse inrichting Westerdok.
Resultaat: winnaar Winning Workplace Award 2015
- Projectleider (provincie Flevoland) verandering inkoopvisie door leertraject Europese aanbesteding Best Value Schoonmaak en Sanitair.
Resultaat: succesvolle aanbesteding, ontwikkeling naar partnership met wederzijdse KPI's, Best Value methodiek en filosofie geborgd
- Senior Projectleider aanbestedingen en adviseur facilitair (Eurocontrol).
Resultaat: in beweging trekken en houden van modernisering binnen inkoopproces en regieorganisatie.



Figuur 3: Klantenportfolio Jessica van Hees

Wido Bijlmakers: Wido is een innovatieve smaakmaker op het gebied van de inkoop, jeugdzorg en regionale samenwerking. Hij beschikt over een breed netwerk en leverde als beleidsadviseur ook op landelijke niveau bijdragen aan de Jeugdwet, toezicht Jeugdzorg, aanverwante (VNG)handreikingen, handige tools voor gemeenten en de organisatie van informatiebijeenkomsten. Sinds een kleine twee jaar heeft hij expliciet de keuze gemaakt zich te willen doorontwikkelen tot het vak van (innovatieve) inkoper en is als zodanig werkzaam binnen gemeente Helmond. Hij combineert hierbij zijn strategische en analytische benadering met de methodologische aspecten van het inkoopvak. Voor F-Fort is Wido aangesloten als business partner, waarmee hij inhoudelijke verdieping en interpretatie toevoegt aan dit onderzoek.

Een aantal noemenswaardige aspecten uit zijn cv:

- Verantwoordelijk voor inkooppakket sociaal domein gemeente Helmond
- Opzet inkoop jeugdzorg voor Helmond/Peelregio
- Opzet werkplan 21voordejeugd ZO-Brabant 2016 (beleidsdoelstellingen)
- Enkele jaren verantwoordelijke voor de subsidieparagraaf Jeugd gemeente Helmond

Cees Bongenaar: Organisaties waarin de professional het verschil maakt, is het werkerrein van Cees in de afgelopen 20 jaar. Na zijn opleiding werktuigbouwkunde wist Cees dat hij veel meer een organisator dan technicus is. Daarvoor kreeg hij ruim baan bij Philips Medical Systems met logistieke verbeterprojecten in Hamburg, Monza, Parijs en Best. Zich verdiept hebbend in industrial engineering en statistiek stapte hij over naar consultancy voor CMG. Na aanvankelijk betrokken te zijn bij ketenprojecten in automotive, Fokker en retail, raakte hij ook betrokken bij inrichtingsvraagstukken van overheid en non-profit. De afgelopen 20 jaar is hij nauw betrokken geweest bij de reclasseringsorganisaties in diverse rollen, programma's en projecten. De afgelopen 6 jaar leidinggevende van bewindvoerders en inkomensbeheerders in de gehandicaptenzorg, advisering in de jeugdzorg en voor rijksoverheid en regiomanager bij VluchtelingenWerk in Brabant.

Kenmerkende elementen in ervaring en expertise:

- Organisatie-overstijgende samenwerkingen
- Leidinggeven
- Vormgeven en in goede banen leiden van veranderingsprocessen
- Advisering op managementniveau

Kwaliteiten: analytisch sterk, uitstekende gesprekspartner voor alle lagen van de organisatie, goede rapportagevaardigheden, betrokken, energiek, doelgericht en toegankelijk.

Katinka Meisters-Sirks is haar loopbaan gestart na het atheneum met een studie rechten in Groningen. Vervolgens heeft zij grotendeels gewerkt aan de sales-zijde in verschillende functies als account- en servicemanager. Katinka werkt graag als een spin-in-'t-web en haalt er plezier uit om dingen te organiseren. Zij fungeert als eerste aanspreekpunt en heeft waarden als klanttevredenheid en resultaatgerichtheid hoog in het vaandel staan. Sinds 2017 werkt zij als fulltime office manager bij F-Fort, waarbij ze verantwoordelijk is voor een groot deel van de bedrijfsvoering en back-office ondersteuning biedt bij diverse klanten.

3 Overzicht respondenten veldonderzoek (P-set)

Categorie	Naam
Wethouder	De heer J. Schlangen
	De heer J. Bisscheroux
	De heer G. Gerats
	Mevrouw M. Damsma
	De heer P. Janssen
	De heer J. Clemens
Zorgaanbieder/cliëntvertegenwoordiger	Mevrouw K. Muyen
	De heer J. Jurgens
	Mevrouw A. Gorissen
	Mevrouw H. Mordang
	Mevrouw S. Seelen
	De heer C. Laughs
	Mevrouw A. Heuvelmans
	De heer M. Vliegen
	Mevrouw M. Driessen
	Mevrouw A. Cox
	B. Hensels
	Mevrouw N. de Rave
	De heer D. Martens
	De heer A. Bevers
Ambtenaar management & directie	De heer I. Biersma
	Mevrouw M. Kerbusch
	De heer M. Visser
	De heer E. Spaanderman
	Mevrouw J. Janssen
	Mevrouw A. Zweers
	De heer R. Kramer
	Mevrouw H. Yazar
	Mevrouw M.J. Smeets
	De heer P. Megens
	De heer L. Raets
	De heer A. Janssen
	De heer R. Hupperetz
	Beleidsambtenaren
Mevrouw M. Arents	
Mevrouw M. Nicolaes	
Mevrouw M.J. Smeets	
Mevrouw K. Schraven	
Mevrouw M. Wissink	
De heer L. Kretzers	
De heer D. Meerten	
Mevrouw S. Rosenke	
Mevrouw T. Bychkova	
Mevrouw G. Haasen	
B. Deniana	
WMO / Jeugd	De heer R. Frenken
	Mevrouw H. Lalieu
	De heer E. van Mulken
	De heer J. Bendihaj
	Mevrouw L.L. Huizinga
	Mevrouw D. Collaris
Mevrouw E. Cuypers	

Disclaimer: De volgorde in deze tabel komt op geen enkele wijze overeen met de nummering van de respondenten in andere overzichten.

4 Overzicht variabelen veldonderzoek (Q-set)

Nummer	Variabele
1.	Samenwerking als dat wenselijk is vanuit het volume of specialisme
2.	Beperken van de administratieve lasten voor zorgaanbieders
3.	Een uniforme inrichting van de gemeentelijke toegang/bestelproces
4.	Proportionele gemeentelijke samenwerking (op verschillende schalen 6, 12, 18)
5.	Een gedeeld beleid en uitstraling
6.	Intensieve samenwerking tussen de gemeenten
7.	Ruimte geven aan de zorgaanbieder
8.	Het betrekken van cliënten in het inkoopproces
9.	Flexibiliteit en ruimte voor doorontwikkeling gedurende contractperiode
10.	Meer variatie in aanbestedingsmethodieken
11.	Handhaving en doorontwikkeling van de arrangementensystematiek
12.	De mogelijkheid tot beperken van hoeveelheid inschrijvende zorgaanbieders
13.	De overgang naar populatiebekostiging
14.	Uniforme tarieven
15.	Versimpeling van de bekostigingsmethodiek
16.	Beheersbaarheid van de zorgkosten
17.	Transparantie en verantwoording van geldstromen
18.	Zorgaanbieders betrekken bij het vaststellen van tarieven

5 Rapportcijfers openingsvragenveld-onderzoek

In onderstaande tabel staan in de eerste kolom de functies weergegeven, in de tweede kolom zijn de respondenten genummerd in willekeurige volgorde. De vier volgende kolommen geven de vragen weer met daaronder het cijfer dat de respondenten hebben toegekend aan de specifieke vraag in die kolom.

Functie	P Set	Tevredenheid zorginkoop 2016	Tevredenheid beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg aan cliënten	Belang beslissingsbevoegdheid 1 gemeente
Ambtenaar Mgt&Directie	1	8	5	-	-
Ambtenaar Mgt&Directie	2	8	6	7	3
Ambtenaar Mgt&Directie	5	7	6	7	10
Ambtenaar Mgt&Directie	6	7	6	8	8
Ambtenaar Mgt&Directie	16	6	6	8	8
Ambtenaar Mgt&Directie	17	7	3	7	10
Ambtenaar Mgt&Directie	19	6	5	-	7
Ambtenaar Mgt&Directie	25	6	6	6	8
Ambtenaar Mgt&Directie	28	7	5	8	7
Ambtenaar Mgt&Directie	29	7	7	7	4
Ambtenaar Mgt&Directie	31	8	6	7	8
Ambtenaar Mgt&Directie	38	7	6	8	7
WMO/Jeugd Consulent	10	6	7	7	6,5
WMO/Jeugd Consulent	12	6	6	7	7
WMO/Jeugd Consulent	35	6	6	7	-
WMO/Jeugd Consulent	36	6	5	5	8
WMO/Jeugd Consulent	37	8	6	7	8
WMO/Jeugd Consulent	45	6	6	8	6
WMO/Jeugd Consulent	47	6,5	7	6,5	7
Beleidsambtenaar	7	7	6	8	2
Beleidsambtenaar	18	6,5	5	8	8
Beleidsambtenaar	21	8	5	7	3
Beleidsambtenaar	22	7	4	7	7
Beleidsambtenaar	23	7	6	7	3
Beleidsambtenaar	24	7	5	7,5	8
Beleidsambtenaar	26	7	5	7	1
Beleidsambtenaar	27	6,5	5	-	1
Beleidsambtenaar	39	3	4	6	6
Beleidsambtenaar	40	7	6	7	6
Beleidsambtenaar	42	6	6	7	3
Beleidsambtenaar	46	7	5	6	1
Wethouder	3	8	6	7	8
Wethouder	4	8	6,5	7	2
Wethouder	14	7	6	7	-
Wethouder	15	9	6	9	10
Wethouder	48	7,3	5,5	6,5	8
Wethouder	49	6	5	8	1
ZA/CV	8	7,5	6,5	8	8
ZA/CV	9	6	4	8	5
ZA/CV	11	6	4	6	10
ZA/CV	13	7	5	7	9
ZA/CV	20	6	8	7	6
ZA/CV	30	7	5	8	8
ZA/CV	32	7	4	7	10
ZA/CV	33	5	3	7	8
ZA/CV	34	8	7	9	-
ZA/CV	41	7	5	8	8
ZA/CV	43	9	6	8,4	5
ZA/CV	44	7	5	9	8
ZA/CV	50	7	7	6	6
ZA/CV	51	8	7	7	8

6 Rapportcijfers openingsvragen veld-onderzoek uitgesplitst

Functie	P Set	Tevredenheid zorginkoop 2016	Tevredenheid beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg aan cliënten	Belang beslissings- bevoegdheid 1 gemeente
Ambtenaar Mgt & Directie	1	8	5	-	-
Ambtenaar Mgt & Directie	2	8	6	7	3
Ambtenaar Mgt & Directie	5	7	6	7	10
Ambtenaar Mgt & Directie	6	7	6	8	8
Ambtenaar Mgt & Directie	16	6	6	8	8
Ambtenaar Mgt & Directie	17	7	3	7	10
Ambtenaar Mgt & Directie	19	6	5	-	7
Ambtenaar Mgt & Directie	25	6	6	6	8
Ambtenaar Mgt & Directie	28	7	5	8	7
Ambtenaar Mgt & Directie	29	7	7	7	4
Ambtenaar Mgt & Directie	31	8	6	7	8
Ambtenaar Mgt & Directie	38	7	6	8	7
Gemiddelde		7,0	5,6	7,3	7,27
Standaard dev		0,71	0,95	0,64	2,05
Mediaan		7	6	7	8
Max		8	7	8	10
Min		6	3	6	3

Functie	P Set	Tevredenheid zorginkoop 2016	Tevredenheid beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg aan cliënten	Belang beslissings- bevoegdheid 1 gemeente
WMO/ Jeugd Consulent	10	6	7	7	6,5
WMO/ Jeugd Consulent	12	6	6	7	7
WMO/ Jeugd Consulent	35	6	6	7	-
WMO/ Jeugd Consulent	36	6	5	5	8
WMO/ Jeugd Consulent	37	8	6	7	8
WMO/ Jeugd Consulent	45	6	6	8	6
WMO/ Jeugd Consulent	47	6,5	7	6,5	7
Gemiddelde		6,4	6,1	6,8	7,1
Standaard dev		0,69	0,64	0,84	0,73
Mediaan		6	6	7	7
Max		8	7	8	8
Min		6	5	5	6

Functie	P Set	Tevredenheid zorginkoop 2016	Tevredenheid beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg aan cliënten	Belang beslissingsbevoegdheid 1 gemeente
Wethouder	3	8	6	7	8
Wethouder	4	8	6,5	7	2
Wethouder	14	7	6	7	-
Wethouder	15	9	6	9	10
Wethouder	48	7,3	5,5	6,5	8
Wethouder	49	6	5	8	1
Gemiddelde		7,6	5,8	7,4	5,8
Standaard dev		0,94	0,47	0,84	3,6
Mediaan		7,65	6	7	8
Max		9	6,5	9	10
Min		6	5	6,5	1

Functie	P Set	Tevredenheid zorginkoop 2016	Tevredenheid beheersbaarheid	Tevredenheid geleverde zorg aan cliënten	Belang beslissingsbevoegdheid 1 gemeente
ZA/CV	8	7,5	6,5	8	8
ZA/CV	9	6	4	8	5
ZA/CV	11	6	4	6	10
ZA/CV	13	7	5	7	9
ZA/CV	20	6	8	7	6
ZA/CV	30	7	5	8	8
ZA/CV	32	7	4	7	10
ZA/CV	33	5	3	7	8
ZA/CV	34	8	7	9	-
ZA/CV	41	7	5	8	8
ZA/CV	43	9	6	8,4	5
ZA/CV	44	7	5	9	8
ZA/CV	50	7	7	6	6
ZA/CV	51	8	7	7	8
Gemiddelde		6,9	5,5	7,5	7,6
Standaard dev		0,97	1,42	0,93	1,60
Mediaan		7	5	7,5	8
Max		9	8	9	10
Min		5	3	6	5

7 Resultaten Q-sort (Q-set versus P-set)

Bij de P-set correspondeert ieder nummer met een respondent. Op de bovenste horizontale rij zijn de getallen -4 tot en met 4 weergegeven. De respondenten hebben de variabelen in relatie tot de paraplustelling zodanig gerangschikt, dat -4 correspondeert met de variabele: "minst mee eens" en 4 correspondeert met de variabele: "sterkst mee eens". De getallen in de tabellen vertegenwoordigen ieder een variabele, welke zijn weergegeven in bijlage 4.

P-set	Q-set																	
	-4	-3	-2	-2	-1	-1	-1	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	4
1	18	8	4	13	3	11	12	1	5	10	14	6	7	9	2	15	16	17
2	3	5	14	10	8	13	16	4	6	11	18	2	7	15	9	17	12	1
3	12	18	9	13	3	5	10	2	11	15	17	1	7	8	14	16	4	6
4	12	3	10	13	5	8	16	6	11	15	0	7	9	14	1	4	2	17
5	15	18	2	8	7	9	13	4	5	11	14	3	16	17	6	12	1	10
6	11	4	14	18	3	12	13	5	7	8	15	6	9	10	2	17	16	1
7	3	18	13	14	8	15	17	2	5	7	11	9	10	12	6	16	1	4
8	8	13	4	12	9	14	15	1	10	11	17	3	6	16	2	5	7	18
9	5	3	4	6	11	12	13	1	2	9	15	8	16	17	7	18	10	14
10	7	8	2	13	15	16	17	3	11	12	18	9	10	14	1	4	5	6
11	13	10	7	8	4	11	12	2	9	15	17	14	16	18	5	6	1	3
12	2	12	13	15	4	14	18	1	7	8	10	3	5	6	9	16	17	11
13	16	13	4	15	8	14	17	1	2	7	10	3	5	11	6	18	9	12
14	14	2	12	18	7	9	11	1	4	6	13	3	5	15	8	16	17	10
15	3	12	4	13	2	7	8	9	10	15	16	1	5	18	14	17	6	11
16	18	13	3	15	6	11	14	2	4	5	17	7	10	12	1	8	16	9
17	10	3	11	14	2	6	8	7	12	13	15	4	17	18	1	5	16	9
18	11	18	3	14	6	10	13	2	4	12	15	1	9	17	5	16	7	8
19	8	10	9	18	2	4	11	1	3	15	17	12	13	14	5	6	7	16
20	12	14	13	17	5	6	16	1	3	9	11	4	8	10	15	18	2	7
21	10	8	3	13	6	11	15	2	5	9	18	4	7	17	12	14	1	16
22	13	15	4	18	2	9	17	3	8	11	14	5	7	12	6	10	1	16
23	3	12	10	11	4	13	14	5	16	17	18	6	8	15	2	7	9	1
24	14	13	3	11	6	8	17	4	5	9	18	1	10	16	2	12	7	15
25	13	10	7	14	4	5	9	1	3	6	15	2	17	18	11	12	8	16
26	13	3	10	15	4	5	6	8	14	17	18	2	11	12	7	9	1	16
27	13	18	10	17	4	11	15	3	5	8	9	1	7	14	2	6	12	16
28	13	12	3	15	9	10	14	1	2	4	18	7	8	11	16	17	5	6
29	18	16	4	12	6	11	14	1	10	15	17	3	5	9	2	7	13	8
30	10	12	1	17	11	14	16	3	4	5	6	13	15	18	2	9	7	8
31	13	15	3	18	7	8	9	6	10	11	17	5	14	16	2	4	1	12
32	13	1	4	14	2	10	18	3	5	8	15	9	11	17	6	12	16	7
33	11	10	5	6	3	4	14	8	9	17	18	1	12	15	7	13	2	16
34	10	8	5	16	4	11	17	3	12	14	15	1	6	18	2	13	9	7
35	14	3	2	13	6	9	15	8	10	17	18	4	12	16	1	7	11	5
36	14	1	3	13	2	6	18	4	7	11	12	10	15	16	8	9	17	5
37	13	10	1	3	5	7	9	4	8	17	18	2	6	12	14	15	11	16
38	10	3	8	13	5	9	18	6	7	12	17	1	2	15	4	14	16	11
39	11	14	8	13	2	12	18	4	6	9	15	1	7	10	3	5	17	16
40	3	13	11	15	6	8	18	5	7	10	14	1	4	12	2	17	9	16
41	6	10	13	14	5	11	16	1	4	12	17	3	8	18	9	15	7	2
42	3	13	11	18	4	5	6	1	8	12	17	2	7	15	9	10	14	16
43	8	14	6	7	4	11	16	9	12	13	17	10	15	18	1	2	3	5
44	8	15	12	17	5	10	14	4	6	11	13	7	16	18	1	3	9	2
45	3	16	4	15	7	12	14	5	8	10	13	2	6	11	17	18	9	1
46	3	12	11	14	1	4	15	6	10	13	16	2	7	18	5	17	8	9
47	17	15	2	7	10	13	16	4	5	8	18	9	14	1	3	6	11	12
48	14	8	3	5	10	15	17	1	11	16	18	2	4	12	7	9	6	13
49	11	3	5	14	6	15	16	2	4	8	10	1	17	18	12	13	7	9
50	12	14	4	9	1	6	10	5	8	13	17	2	3	11	16	18	15	7
51	8	9	10	12	7	13	14	1	4	6	16	11	17	18	5	15	3	2