

Meedoen naar Vermogen: Inkoopstrategie aanvullende zorg 2016

Van zorgvuldige transitie naar stapsgewijze transformatie

Inhoudsopgave

| | |
|---|--|
| AANLEIDING | 2 |
| 1. VERNIEUWINGSAGENDA: 2016 IN MEERJARIG PERSPECTIE..... | 3 |
| 1.1. HET UTRECHTSE MODEL: AMBITIE EN VERANDERSTRATEGIE..... | 3 |
| 1.2. FOCUS 2016 | 4 |
| 1.3. VERNIEUWINGSAGENDA 2016 | 4 |
| 2. INKOOPSTRATEGIE AANVULLENDE ZORG 2016 | 9 |
| 2.1. INVESTEREN IN DE TRANSFORMATIE | FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD. |
| 2.2. WIJZE VAN CONTRACTEREN EN BEKOSTIGEN | FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD. |
| 2.3. ACTIVERING..... | 11 |
| 2.4. PLANNING INKOOPPROCES 2016 OP HOOFDLIJNEN..... | 12 |

Aanleiding

We zijn er nu van...

Utrecht organiseert de zorg anders. Dichterbij, persoonlijk en op maat. De gemeente gaat hierbij uit van de kracht van inwoners. Onder de noemer Meedoen naar Vermogen werkt de gemeente sinds 2012 aan het verwezenlijken van deze ambitie. In 2015 is hiertoe een belangrijke eerste stap gezet.

Utrecht heeft zich goed voorbereid op de nieuwe verantwoordelijkheden. Uit de eerste kwartaalrapportage over de voortgang van de transities blijkt dat de continuïteit van zorg voor cliënten gewaarborgd is en dat in algemene zin de transitie goed is verlopen. In 2015 heeft de gemeente ook een aantal belangrijke stappen gezet in de vernieuwing van de ondersteuning en zorg in de stad: er is een stadsbreed dekkend netwerk aan buurtteams en er zijn onder de noemer sociale prestatie en dagondersteuning, 6.000 plekken gecreëerd gericht op ontmoeten.

...maar we zijn er nog niet

In de eerste maanden van 2015 heeft de focus gelegen op het bestendigen van de ingezette veranderingen en het verder inregelen van een aantal werkprocessen. In aansluiting daarop wil Utrecht vervolgstappen zetten. In dit raadsvoorstel leest u welke stappen dit zijn en wat dit betekent voor de inkoopafspraken 2016. De focus ligt daarbij op de aanvullende zorg. In dit derde spoor van het Utrechtse model staat de inhoudelijke transformatie nog aan het begin. De afspraken die in 2015 zijn gemaakt waren immers in de eerste plaats gericht op continuïteit van zorg en op een zorgvuldige transitie.

Waar nodig wordt in dit voorstel de verbinding gelegd met relevante ontwikkelingen en aanpalende beleidsterreinen zoals de ontwikkelen ten aanzien van vernieuwend welzijn en de sociale basis, de nieuwe nota Volksgezondheid, Participatiewet en Agenda Stad. Deze notitie kent nauwe samenhang met de inkoopstrategie jeugdhulp 2016. De notities kennen een vergelijkbare opzet en opbouw, maar lopen uiteen in de inhoudelijke uitwerking. Reden is dat de rol van de gemeente en opgaven in de aanvullende zorg verschillen. Zo is de gemeente in de Zorg voor Jeugd verantwoordelijk voor de gehele keten van jeugdhulp en is in de Wmo 2015 het samenspel tussen de Wmo, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) cruciaal.

Met deze notitie wordt de toezegging afgedaan om uw Raad voor de zomer 2015 te informeren over de inkoopstrategie 2016 en de wijze waarop de gemeente de positie van cliënten in het Utrechtse model verder wil versterken. U kunt de voorjaarsnota en de eerste kwartaalrapportage over de voortgang van de transities betrekken bij de besluitvorming over dit voorstel. Dit najaar ontvangt u verder de halfjaarlijkse voortgangsrapportage en indien nodig, een aangepaste Wmo verordening.

Leeswijzer

Het voorstel bestaat uit twee delen. In hoofdstuk 1 wordt kort ingegaan op de vertrekpositie, de belangrijkste opgaven en de vernieuwingsagenda 2016. Op basis hiervan is in hoofdstuk 2 de inkoopstrategie 2016 voor de aanvullende zorg aan de hand van een drietal pijlers uitgewerkt. De inkoopstrategie voor de arbeidsmatige activering is separaat uitgewerkt.

1. Vernieuwingsagenda: 2016 in meerjarig perspectief

1.1. Het Utrechtse model: ambitie en veranderstrategie

Utrechters krijgen de kans om hun toekomst in eigen handen te nemen, mee te doen en zich te ontwikkelen. Dat geldt voor alle Utrechters. Meedoen, participeren en meetellen, dat is de norm én vanzelfsprekend. Het beoogde maatschappelijke effect van Meedoen naar Vermogen zoals vastgelegd in de Programmabegroting is:

- Utrecht is een vitaal sociale stad waar inwoners betrokken zijn en verantwoordelijkheid voor hun omgeving nemen;
- In Utrecht krijgen ook kwetsbare inwoners de kans om hun toekomst in eigen handen te nemen, mee te doen en zich te ontwikkelen.

Sinds 1 januari 2015 functioneert het Utrechtse model met de drie sporen – sociale basis, basiszorg via buurtteams en aanvullende zorg – in de praktijk. Er zijn belangrijke eerste stappen gezet om de ondersteuning voor burgers die dit nodig hebben anders in te richten: op maat, integraal, gericht op wat nodig is en het versterken van de eigen kracht en zelfredzaamheid. De buurtteams vormen de spil in het Utrechtse model en de nieuwe werkwijze.

Tegelijkertijd staat de inhoudelijke transformatie nog aan het begin. Dat gaat verder dan de decentralisatie of de transitie zelf. Het gaat om nieuwe werkwijze en veranderende verhoudingen tussen professional en cliënt, maar ook tussen overheid en samenleving. De afgelopen decennia is het vermogen van mensen om oplossingen voor hun problemen te vinden soms op de achtergrond geraakt. Dat geldt ook voor het besef van eigen verantwoordelijkheid om de eigen problemen naar vermogen op te lossen.

Utrecht heeft in de Kadernota een vijftal leidende principes vastgelegd:

- Eigen verantwoordelijkheid, keuzevrijheid en wederkerigheid zijn vanzelfsprekend;
- Ruimte voor professionele afwegingen en beslissingen;
- Normaliseren en uitgaan van de mogelijkheden;
- Hoogwaardige generalistische professionals aan de voorkant;
- Eenvoudiger systeem.

Deze principes richten het handelen van niet alleen gemeente en aanbieders, maar ook professionals, cliënten en inwoners en dienen als leidraad bij de doorontwikkeling van het Utrechtse model en bijbehorende werkwijze en rolverdeling. Conform Kadernota en Uitvoeringsplannen is de inzet van de gemeente gericht op het in gang zetten van een beweging naar sterke(re) basisvoorzieningen. De Aanvullende Zorg blijft beschikbaar voor de meest kwetsbare inwoners.

De kern van de veranderstrategie blijft werkende weg leren, stapsgewijs vernieuwen, samen met partners en cliënten(organisaties). Op deze wijze verwacht Utrecht kwalitatief hoogwaardige ondersteuning en zorg te organiseren die aansluit bij de behoeften van Utrechters wetende dat de groep inwoners die een beroep doet op de Wmo 2015 grofweg zal verdubbelen de komende jaren terwijl de budgetten gelijk blijven¹.

¹ Dit is het gevolg van een aantal ontwikkelingen: mensen worden ouder en blijven langer zelfstandig thuis wonen. De afbouw van intramurale capaciteit binnen de Wlz en Zvw maakt dat een grotere groep Utrechters een beroep doet op de ambulante ondersteuning en zorg in de wijk.

1.2. Focus 2016

Richting 2015 lag de focus op een zorgvuldige transitie, zorgcontinuïteit en het verzilveren van de taakstelling die gemeenten opgelegd kregen van het Rijk. Vanaf 2016 verschuift de focus naar:

- Ervaring opdoen met nieuwe werkwijzen, inrichtingsprincipes en houding en gedrag die passen bij de beoogde transformatie. Dat geldt in de breedte van het Utrechtse model en specifiek voor de Aanvullende zorg. De gemeente doet dit onder andere in de vorm van pilots en dialoogsessies;
- Het verder versterken van de sociale basis en basiszorg. De gemeente heeft de ambitie om hiervoor circa 3 mln. euro vrij te spelen binnen de aanvullende zorg in 2016. In de voorjaarsnota wordt deze ambitie verder uitgewerkt. Daarbij speelt mee dat er op moment van schrijven nog veel onduidelijkheid is over de omvang van het Wmo budget 2016 van de gemeente Utrecht. Dit is het gevolg van een aantal ontwikkelingen (zie onderstaande kader).

Onduidelijkheid over Wmo budget 2016

Het Rijk wil de realisatiecijfers van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) over 2014 betrekken bij de bepaling van de hoogte van het macrobudgetten Wmo 2015 en Jeugdwet. Dit zou leiden tot een forse neerwaartse bijstelling van de voor gemeenten beschikbare middelen voor de uitvoering van de nieuwe taken. Daarnaast spelen de mogelijke gevolgen van de invoering van een objectief verdeelmodel beschermd wonen. Het objectieve verdeelmodel Wmo bestaat in feite uit twee modellen: een voor begeleiding en een voor de taken van centrumgemeenten (beschermd wonen). Het objectief verdeelmodel beschermd wonen dat in het najaar van 2014 werd voorgesteld zou leiden tot een significante afname van het budget voor Utrecht. Naar verwachting geeft de meicirculaire meer duidelijkheid over bovenstaande punten en de omvang van het Wmo budget 2016 voor Utrecht.

1.3. Vernieuwingsagenda 2016

De vernieuwingsagenda 2016 bestrijkt de breedte van het Utrechtse model. De focus ligt echter op de vernieuwing van de aanvullende zorg. Achtereenvolgend komen het thema cliëntregie en de drie sporen sociale basis, basiszorg via buurtteams en aanvullende zorg aan bod.

Cliëntregie

‘Ik word in mijn waarde gelaten. Als dat niet zou gebeuren, zou ik niet gaan; ik ben toch niet gek.’ Zo verwoordde één van de dementerende cliënten van Dagcentrum Utrecht Oost wat hij belangrijk vond in zijn dagbegeleiding. De uitspraak werd gedaan in één van de tien dialoogsessies die in april en mei van dit jaar plaatsvonden. Hierin is met ruim 100 hele diverse cliënten uit de aanvullende zorg, hun mantelzorgers en begeleiders gesproken over vragen als: hoe kun je je mogelijkheden benutten, wanneer voel je je gehoord, wat vraagt dit van jouzelf, je omgeving en je begeleiding? En hoe kan het misschien ook anders?

Deze sessies waren een eerste stap om samen met cliënten, hun mantelzorgers, aanbieders en cliënten- en adviesraden te verkennen welke kansen er zijn voor meer cliëntregie binnen de aanvullende zorg, hoe deze vorm kan krijgen en welke stappen dit vraagt. Op deze manier wil de gemeente, net als in de sociale basis en basiszorg, verankeren dat ook in de aanvullende zorg wordt aangesloten bij de mogelijkheden en eigen keuzen van mensen. Op basis van de uitkomsten van alle gesprekken en adviezen van aanbieders en cliënten- en adviesraden zal in 2016 gewerkt worden aan het vergroten van cliëntregie binnen de aanvullende zorg. Borging hiervan vindt plaats in de inkoop voor 2017 en verder.

Sociale basis

Ook ten aanzien van de sociale basis wil de gemeente in 2016 stappen zetten. Zoals reeds aangegeven willen we in 2016 500.000 euro vrij spelen in de aanvullende zorg om de sociale basis verder te versterken. In aanvulling op hetgeen we reeds doen in dit eerste spoor – zie de Uitvoeringsplannen eerste en tweede fase – is de inzet gericht op:

- Het vergroten van de participatiemogelijkheden van mensen met een beperking, wat betreft deelname aan aanbod sport en beweging en het gebruik van digitale dienstverlening;
- Oplossen van knelpunten in de verbinding formele – en informele zorg. De eerste maanden van 2015 laten zien dat de formele en informele zorg (vrijwillige inzet in de zorg) elkaar steeds beter gaan vinden, maar dat dit ook leidt tot een toenemende vraag naar vrijwillige inzet, bijvoorbeeld vanuit de buurtteams. Er ontstaan daardoor een capaciteitsvraag bij organisaties in de informele zorg en dienstverlening. Bovendien wil de gemeente de komende jaren relatie tussen de aanvullende zorg(instellingen) en de informele zorg verder ontwikkelen;
- Stimulering van innovatie in sociale basis. Te denken valt aan: initiatieven van bewonersgroepen op gebied van zorg en welzijn. Bewoners kunnen zelf veel doen om de sociale basis in de stad te versterken. Initiatieven op gebied van onderlinge hulp wil de gemeente de ruimte geven. De gemeente wil pilots starten om de mogelijkheden te onderzoeken om publieke taken op welzijns- en zorggebied over te dragen. (Zie ook het kader over pilot op weg naar right to challenge op p.7)

Basiszorg via buurtteams

Conform Uitvoeringsplan tweede fase worden de buurtteams komend jaar verder versterkt. Het budget groeit van 12,5 mln. euro naar 14,5 mln. euro. Dit jaar ligt de focus op het bestendigen van de ingezette vernieuwing en werkwijze van de buurtteams. In aansluiting daarop wil de gemeente richting 2016 stappen zetten in de (door)ontwikkeling van de populatiegerichte bekostiging van de buurtteams en het samenspel van buurtteams met de medische basiszorg (zie ook onderstaande kader over de pilot wijkverpleging), met sociale basis en met aanvullende zorg aanbieders.

Pilot wijkverpleging

Utrecht is een van de drie gebieden waar Achmea vanaf 2016 de persoonlijke verzorging en verpleging van de inwoners die bij Achmea verzekerd zijn wijkgericht gaat inkopen.

Waarom? Achmea maakt deze keuze omdat de zorg nu erg versnipperd is. In Overvecht alleen zijn er bijvoorbeeld 48 aanbieders van persoonlijke verzorging en verpleging. Dat kan beter, simpeler en doelmatiger. Bovendien past de huidige wijze van bekostigen onvoldoende bij de beoogde beweging van productie naar populatie.

Wat betekent dit? Dat de aanbieders van persoonlijke verzorging en verpleging vanaf 2016 gaan werken met een wijkbudget. De indeling in wijken sluit aan bij de werkgebieden van de buurtteams. Per wijk krijgt een hoofdaannemer de opdracht om niet alleen kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren, maar om ook een bijdrage te leveren aan een gezondere populatie in die wijk. Dit vraagt om samenwerking met buurtteam en huisarts en stimuleert het benutten van het algemeen toegankelijke aanbod in de wijk zoals de dagondersteuning.

Aanvullende zorg

Vertrekpunt

In de aanvullende zorg zijn alle maatwerkvoorzieningen ondergebracht. Het gaat om de specialistische begeleiding, de arbeidsmatige activering, dagbegeleiding, beschermd wonen, opvang en ADL-ondersteuning. Deze voorzieningen zijn nu veelal sectoraal georganiseerd: de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Verbindingen tussen sectoren of met de algemene voorzieningen in de stad worden mondjesmaat gelegd. De aansluiting op de eigen kracht van inwoners en het samenspel met de buurtteams en de inzet vanuit de Zvw en Wlz is nog volop in ontwikkeling. De inhoudelijke transformatie staat kortom nog aan het begin.

Koers bepalen

Vertrekpunt voor de transformatie in de aanvullende zorg is de logica van inwoners. De ondersteuning en zorg die vanuit de aanvullende zorg wordt geboden dient kwalitatief hoogwaardig te zijn en aan te sluiten bij de ondersteuningsvraag en behoeften van inwoners, ook bij de meest kwetsbare inwoners.

In 2016 is in de eerste plaats een ontwikkeljaar. Het 'leren vanuit de praktijk' doet de gemeente samen met aanbieders en Achmea in een aantal pilots:

- het stedelijk plan ouderen met de pilot wijkverpleging;
- de pilot op weg naar right to challenge;
- de taskforce en pilots Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA).

Parallel wil de gemeente een aantal quick wins verzilveren in de contracten die afgesloten worden voor 2016: het verder versimpelen van het administratieve proces en het doorontwikkelen van de sturing op kwaliteit, eenvoud en financiële beheersbaarheid.

In de Uitvoeringsplannen eerste en tweede fase is reeds uiteengezet wat de gemeente beoogt met de arbeidsmatige activering en de sociale prestatie. In onderstaand kader is dit nogmaals kort samengevat. Utrecht wil komend jaar een grote stap zetten in de wijze waarop we de activering bekostigen en contracteren. In hoofdstuk 2 is dit nader uitgewerkt.

Uit kadernota en Uitvoeringsplannen: sociale prestatie en arbeidsmatige activering

Activering is een verzamelterm voor zowel de maatwerkvoorziening 'Arbeidsmatige activering' als de algemene voorziening 'Sociale prestatie'.

Sociale prestatie zijn laagdrempelige activiteiten in de wijk gericht op zingeving en ontmoeting. Het zijn activiteiten 'voor en door' inwoners.

De arbeidsmatige activering is een maatwerkvoorziening waarbij een passende werksetting wordt gecreëerd voor inwoners jonger dan 67 jaar die niet in staat zijn om zelfstandig hun dag te structureren en waar geen verdien capaciteit van verwacht mag worden. Sociale prestatie en arbeidsmatige activering zijn onderdeel van arrangement 4 van de Participatiewet.

De gemeente de arbeidsmatige activering langs onderstaande lijn doorontwikkelen:

- *Iedereen kan naar vermogen een bijdrage leveren aan de samenleving. Activering is een vorm van onbetaald werk. Daarbij past geen eigen bijdrage. Vanaf 2016 komt de eigen bijdrage op arbeidsmatige activering te vervallen;*
- *Utrecht zet in op individueel maatwerk op werkzaamheden met een maximaal collectief verdienvermogen;*
- *Het deelnemer perspectief is leidend, geld volgt deelnemer. De gemeente wil op termijn alleen de begeleiding bekostigen en niet huisvesting. Vervoer wil de gemeente op termijn centraal organiseren;*
- *De gemeente zet in slimme combinaties van sociale prestatie en arbeidsmatige activering in het verlengde van de inzet vanuit de Participatiewet.*

Stedelijk plan ouderen

In het Uitvoeringsplan tweede fase is stil gestaan bij het vraagstuk van ouder worden in de stad. Wat daar duidelijk werd is dat het aandeel ouderen in Utrecht relatief klein blijft, terwijl het absolute aantal ouderen de komende jaren toeneemt. Tendens is dat ouderen langer thuis blijven wonen. Ook in Utrecht is dat het geval. Dit zal effect hebben op het aandeel overbelaste mantelzorgers, de aard en omvang van de eenzaamheidsproblematiek en de ervaren eigen regie. Logisch gevolg is ook dat de behoefte aan verzorgd wonen in de stad toeneemt. De huidige voorraad en verwachte vraag lopen uit de pas.

Belangrijke thema's de komende jaren zijn het versterken van de sociale en fysieke infrastructuur, het creëren van meer laagdrempelige voorzieningen 'voor en door' en slimmer samenwerken met aanbieders, verzekeraar, bewonersinitiatieven, cliënten(organisaties) en private partijen om meer te bereiken.

In het kader van slimmer samenwerken om meer te bereiken zijn er de afgelopen maanden gesprekken gevoerd met Achmea – het zorgkantoor en de grootste zorgverzekeraar in de stad – aanbieders, mantelzorgers en cliënten(organisaties) over een stedelijk plan ouderen. De ondersteuning en zorg voor de kwetsbare groep ouderen in de stad wordt immers vanuit zowel Wmo, Zvw als Wlz gefinancierd. In het stedelijk plan ouderen wordt de verbinding gelegd tussen:

- Preventie: de inzet op basis van de Wet Publieke Gezondheid, de Zvw en de brede sociale basis als onderdeel van de Wmo 2015. Onderwerp van gesprek is hoe domotica en zelfhulp meer en beter kunnen worden ingezet in combinatie met het vergroten van digitale vaardigheden;
- Sociale- en medische basiszorg: het intensiveren van de samenwerking tussen de huisarts en praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige en buurtteam. Zie ook de eerder genoemde pilot wijkverpleging.
- Aanvullende zorg: het gefaseerd afbouwen van de intramurale capaciteit in de Wlz en parallel de implicaties voor de woningvoorraad en de voorzieningen in de wijk zoals de dagbegeleiding, kortdurend verblijf en dagbehandeling.

Een procesvoorstel om te komen tot dit stedelijk plan ouderen is rond de zomer gereed.

Pilot op weg naar Right to challenge

Onder de noemer dagondersteuning zijn afgelopen jaar 'huiskamers' gecreëerd waar ouderen actief zijn en elkaar ontmoeten. Initiatieven in zelfbeheer hebben daarin een actieve rol. De ouderen die de dagondersteuning bezoeken zullen de komende jaren kwetsbaarder worden. Dit betekent dat zij meer structuur en deskundigheid in begeleiding nodig hebben dan dit concept biedt. Idealiter kan deze groep op de voor hen vertrouwde plek blijven komen. Om te onderzoeken of dat mogelijk is en welke randvoorwaarden dat vraagt start dit najaar een pilot. Binnen de pilot onderzoeken één of twee inwonersinitiatieven die dagondersteuning bieden wat en hoe zij binnen hun concept meer intensieve ondersteuning kunnen bieden en welke randvoorwaarden dit vraagt. Bij dit onderzoeksproces worden ook de huidige aanbieders van dagbegeleiding betrokken zodat wederzijds geleerd kan worden.

Taskforce EPA

In het Uitvoeringsplan tweede fase is de vignetten studie Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) genoemd. Deze vignetten geven inzicht in de opbouw en financiering van de zorg en ondersteuning van de EPA populatie in Utrecht en in de regio gemeenten. Het beeld dat hieruit naar voren komt is dat de samenhang tussen de GGZ-zorg die de verzekeraar in koopt en de WMO-ondersteuning vanuit de gemeente dusdanig groot is dat partijen een collectieve verantwoordelijkheid voelen om de zorg en ondersteuning voor inwoners met EPA goed te organiseren. Om invulling te geven aan deze ambitie is de taskforce EPA met Achmea, gemeente Utrecht, aanbieders en cliëntenorganisaties gestart. Gezamenlijk hebben zij de volgende ambitie en uitgangspunten geformuleerd:

- De taskforce streeft naar laagdrempelige en toegankelijke ondersteuning en behandeling in de wijk/regio voor mensen met EPA. De ondersteuning vanuit Wmo en zorg vanuit Zvw is op elkaar afgestemd;
- Er wordt passende ondersteuning en zorg geleverd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk;
- De zorg wordt waar mogelijk in de thuissituatie (ambulant) geboden;
- De specialistische ambulante begeleiding en behandeling in de wijk wordt in aansluiting op de basiszorg – buurtteams, huisarts en Praktijkondersteuner, basis GGZ – vormgeven;
- De ondersteuning en zorg is gericht op het bevorderen van herstel en volwaardig burgerschap, heeft oog voor de culturele diversiteit van de EPA-groep en sluit aan op het eigen netwerk van de cliënt;
- Gemeente, verzekeraar, aanbieders en cliëntenorganisaties committeren zich aan de opgave om de zorg voor mensen met EPA betaalbaar te houden en te voorkomen dat deze groep groter wordt.

Dit najaar starten een viertal pilots. Twee pilots in Utrecht en twee in de regio. De pilots richten zich op het opnieuw vorm geven van de specialistische zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening waarbij de opbouw van ambulante zorg gelijk op gaat met de afbouw van bedden. De bedoeling is om te komen tot een samenhangende, outreachende ambulante ggz-structuur, die aan sluit op de zorgvragen van cliënten en hun naasten en die op herkenbare wijze aan sluit op de basiszorg. Uitgangspunt hierbij is dat cliënten zo veel mogelijk herstellen in de eigen woonomgeving en dat de zorg drempelloos kan worden op-

en afgeschaald. Op basis van onder andere de opbrengsten van de pilots verwacht de gemeente vanaf 2017 meer fundamentele keuzen te kunnen maken over de inrichting van de Aanvullende zorg.

De pilots EPA leveren handvatten voor de doorontwikkeling van de voorzieningen beschermd wonen en opvang vanaf 2017. Vooruitlopend daarop wil de gemeente al in 2016 een aantal stappen zetten. Dat is ook nodig. Het beroep op deze voorzieningen is de eerste maanden van 2015 toegenomen. Groeiende wachtlijsten zijn het gevolg. De gemeente gaat in gesprek met aanbieders over hoe we dit kunnen oplossen binnen de financiële kaders voor beschermd wonen en opvang.

2. Inkoopstrategie Aanvullende zorg 2016

In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgend in op de wijze waarop de zorgvormen beschermd wonen, opvang, dagbegeleiding, kortdurend verblijf, ADL-ondersteuning worden gecontracteerd. Aanvullend schetsen we de aanpak ten aanzien van de arbeidsmatige activering. In paragraaf 2.3 gaan we in op de planning van het inkoopproces in het vervolg van 2015.

2.1. Twee pijlers

In 2016 verschuift de focus van 'zorgvuldige transitie' naar 'stapsgewijze transformatie'. De gemeente wil 2016 benutten om ervaring op te doen met nieuwe werkwijzen, verhoudingen en inrichtingsprincipes die passen bij de beoogde transformatie. De inkoopstrategie 2016 voor de aanvullende zorg sluit hierop aan en wordt vormgegeven langs twee pijlers:

1. Investeren in de transformatie;
2. Contracteren en bekostigen waarin kwaliteit, eenvoud, flexibiliteit en financiële beheersbaarheid centraal staan.

Hieronder worden deze twee pijlers uitgewerkt. Ze staan overigens niet los van elk elkaar en kennen een sterke wisselwerking.

1. Investeren in de transformatie

De transformatie van de aanvullende zorg staat nog maar aan het begin. De kernvraag is hoe met behoud van kwaliteit de beschikbare expertise binnen de aanvullende zorg beter kan aansluiten bij de generalistische werkwijze van de buurtteams. De eerder genoemde pilots en dialoogsessies in 2015 en 2016 leveren handvatten voor het beantwoorden van deze vraag. Vooruitlopend daarop wil de gemeente voor een jaar contractafspraken maken met bestaande aanbieders van aanvullende zorg. Uitgangspunt is en blijft dat er voldoende keuzemogelijkheden zijn voor cliënten.

Vanaf 2017, wanneer de meer fundamentele keuzen over de inrichting van de aanvullende zorg voorliggen, onderzoekt de gemeente de meerwaarde van nieuwe toetreders per zorgvorm.

Bij het contracteren van de aanvullende zorg voor 2016 staan de onderstaande uitgangspunten centraal. Deze uitgangspunten vormen de basis voor de te maken inkoopafspraken met individuele aanbieders:

- Hoge kwaliteit (effectiviteit en klanttevredenheid) tegen een redelijke prijs;
- Flexibiliteit;
- Samenwerkingsgericht;
- Het totale gecontracteerde aanbod dient aan te sluiten bij de (verwachte) vraag in Utrecht. Daarbij gaat het zowel om inhoud als omvang.
- Niet in de laatste plaats: partnerschap en vertrouwen tussen de gemeente en alle betrokken partners om de veranderingen stapsgewijs en gezamenlijk vorm te geven.

Ook blijft voor de inkoop 2016 een aantal algemene prioriteiten centraal staan die al eerder uitgebreid aan de orde zijn gesteld in de Kadernota en Uitvoeringsplannen. Ze sluiten aan bij de leidende principes en zijn randvoorwaardelijk voor alle betrokken aanbieders en krijgen (net als vorig jaar) een plek in het inkoopproces en de uiteindelijke leveringsafspraken: aandacht voor participatie van cliënten, cultuursensitief werken, borging van de privacy en proportionele informatiedeling, zorgvuldige en tijdige communicatie: met cliënten en met andere partners.

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat de financiële beheersbaarheid van de ondersteuning en zorg, nu en in de toekomst, en de vernieuwingsopgaven hand in hand dienen te gaan. In 2016 investeert de gemeente zodoende in het verder versterken van het de sociale basis en buurtteams. Door de substitutie van 85% van de ambulante begeleiding naar het buurtteam verwacht de gemeente circa 3,5 mln. euro vrij te spelen binnen de aanvullende zorg. Echter, op een aantal punten verwacht de gemeente meerkosten:

- Voor dagbegeleiding ontstaat het beeld dat er in 2015 opgeteld (te) krap is ingekocht, mede door het gebrek aan duidelijke gegevens. Voor 2016 maken we hierover aan de hand van de realisatiecijfers over 2015 nieuwe afspraken;
- Met de keuze om de eigen bijdrage arbeidsmatige activering te laten vervallen is circa 250.000 euro gemoeid;
- Zoals reeds aangegeven dient de groei binnen beschermd wonen en opvang opgevangen te worden binnen de financiële kaders voor deze zorgvormen.

2. Wijze van contracteren en bekostigen

De wijze van contracteren en bekostigen moet bijdragen aan kwaliteit, eenvoud, flexibiliteit en financiële beheersbaarheid. Net als in 2015 kiest de gemeente ervoor om te differentiëren in de wijze van contracteren en bekostigen van grote en kleine aanbieders van aanvullende zorg.

Wijze contracteren

De gemeente maakt contractafspraken met grote aanbieders van aanvullende zorg voor de periode van 1 jaar met een optie tot verlengen. Met de bestaande groep kleine aanbieders wordt een raamovereenkomst afgesloten voor 2016.

Wijze bekostigen

Grote aanbieders zijn aanbieders met een totale contractwaarde die hoger ligt dan 100.000 euro. De afspraken worden in 2016 gebaseerd op de zorgvormen zoals Utrecht die ook hanteerde in 2015: beschermd wonen, opvang, dagbegeleiding, specialistische individuele ondersteuning en ADL-ondersteuning. Aanbieders geven aan dat deze indeling in zorgvormen het mogelijk maakt om door te groeien naar een meer vraaggerichte (en minder productgerichte) inzet van voorzieningen en expertise. De ambitie is om in 2016 verdere stappen te zetten naar het meer resultaatgericht formuleren van de prestaties. Met name op het gebied van kwaliteit, effectiviteit en cliënttevredenheid.

Gekoppeld aan de zorgvormen hanteert de gemeente voor grote aanbieders in 2016 wederom de zogeheten 'vierkantbekostiging'. Op basis van monitor gegevens (stroom- en stand gegevens) en de doelstellingen voor 2016 komen we tot afspraken per zorgvorm. De zorgvormen opgeteld vormen samen het financiële vierkant waarbinnen de aanbieder ondersteuning en zorg moet leveren. Binnen iedere zorgvorm is ruimte voor het bieden van consultatie richting Buurtteams. Deze wijze van bekostigen biedt ruimte om 'met gesloten beurzen' een bijdrage te leveren aan eerder genoemde pilots.

In 2015 heeft de gemeente met kleine aanbieders individuele contracten afgesloten op basis van declaratie van feitelijk geleverde ondersteuning en zorg. Ook in 2016 wil de gemeente ondersteuning en zorg van kleine aanbieders op deze wijze bekostigen.

Persoonsgebonden budget

Het Persoonsgebonden budget (Pgb) is een volwaardig alternatief voor Zorg in Natura (Zin). Utrechters hebben de mogelijkheid om maatwerkvoorzieningen in de Wmo in de vorm van een Pgb te verzilveren. De kern van het Utrechtse model is dat waar mogelijk ondersteuning en begeleiding door de buurtteams geboden wordt. Laagdrempelig en dichtbij. De buurtteams zijn – op basis van de Wmo 2015 en de gemeentelijke verordening – een 'algemene voorziening' waarvoor geen Pgb aangevraagd kan worden.

Op dit moment gaat de aandacht uit naar het goed inregelen van de werkwijze en de rol van de buurtteams en regionale toegang in de begeleiding en toewijzing van het Pgb. Pas in de loop van het jaar verwachten we meer zicht te hebben op de uiteindelijke omvang en redenen van cliënten om voor een Pgb te kiezen. Op basis van die kennis kunnen we dit najaar uitgangspunten benoemen voor het Pgb beleid in relatie tot de beoogde transformatie. Daarbij betrekken we de Motie Integraal PGB (M119).

Wijze van monitoring

In de raadsbrief van 11 november 2014 staat de systematiek van monitoring en verantwoording uitgebreid omschreven. Deze systematiek hanteert de gemeente ook in 2016. De kern is dat monitoring plaatsvindt op twee niveaus. In de eerste plaats op het niveau van de maatschappelijke effecten en ten tweede op het niveau van de resultaten van de ondersteuning en zorg die door aanbieders wordt geleverd. De gemeente krijgt zicht op de resultaten van de ondersteuning en zorg door informatie te verzamelen over:

- aantallen cliënten (bereik, instroom en doorstroom);
- de effectiviteit van de ondersteuning en zorg (doelbereik, snelheid, cliëntervaring en werkwijze);
- de kwaliteit (klachten, kwaliteitsbeleid, tevredenheid samenwerkingspartners).

Monitoring is nadrukkelijk niet alleen bedoeld ter verantwoording achteraf, maar vooral om tijdig te signaleren en bij te sturen. Dat doet de gemeente onder meer door gebruik te maken van kwantitatieve en kwalitatieve bronnen, korte feedbackloops en datagebonden sturing. De informatie die Utrecht hiermee genereert is een essentieel onderdeel van de gemeentelijke sturing en stelt de gemeente in staat om actief (bij) te sturen. Minstens zo belangrijk is op welke wijze de uitkomsten van deze monitoring worden benut in de vorm van analyse, gesprekken en afspraken met aanbieders en andere betrokkenen. Dat gebeurt in bilaterale gesprekken tussen de gemeente als opdrachtgever en de aanbieders en op thema of buurtgericht met meerdere aanbieders en cliënten(organisaties).

Eenvoud en het waar mogelijk verder beperken van de administratieve lasten heeft ook in 2016 prioriteit. Zoals in de eerste voortgangsrapportage geschetst lijkt deze sinds 1 januari voor professionals en aanbieders die met meerdere gemeenten te maken hebben eerder toe- dan afgenomen. We rekenen het in Utrecht tot onze verantwoordelijkheid om de administratieve lasten voor aanbieders zo laag mogelijk te houden en hebben dit vertaald naar de wijze van bekostigen en de verantwoording die we daarover vragen. In 2016 willen we de administratieve lasten verder verlagen door de eigen bijdrage regelingen te versimpelen en te harmoniseren. Door als Utrecht een speerpunt te maken van het beperken van de administratieve lasten verwachten we een positieve en actieve bijdrage te leveren aan de landelijke doelstellingen van de VNG, de branches en het Rijk.

2.2. Activering

Zoals reeds aangegeven wil de gemeente richting 2016 stappen zetten in de wijze waarop de arbeidsmatige activering en sociale prestatie worden gecontracteerd en bekostigd.

Arbeidsmatige activering is een vorm van (vrijwilligers)werk. Iedereen weet hoe belangrijk het is om werk te doen dat aansluit bij jouw interesses en kwaliteiten. Zodoende dient er in de eerste plaats voldoende diversiteit te zijn in het aanbod van arbeidsmatige activering. Een tweede punt is dat het aanbod aansluit bij de behoeften van de deelnemers. Ook hier is maatwerk het adagium. De gemeente verwacht dat het versterken van de positie van de cliënt hier een positieve invloed op heeft. Zodoende kiest de gemeente ervoor om de arbeidsmatige activering vanaf 2016 persoonsvolgend te bekostigen. Hoe werkt dat? Het buurtteam gaat het gesprek aan over wat iemand nodig heeft om mee te doen. Samen met de burger benoemen zij het beoogde resultaat en welke ondersteuning iemand nodig heeft om dat te bereiken. De gemeente hanteert vijf resultaatgebieden als het gaat om activering. Aan ieder resultaatgebied wordt een virtueel budget gekoppeld. Dit virtuele budget kan de deelnemer inzetten bij aanbieders die de gemeente

geselecteerd heeft. De aanbieders werken met een raamovereenkomst zonder omzet garantie. Er is met andere woorden een (financiële) prikkel om kwaliteit en maatwerk te leveren.

In 2016 wil de gemeente met alle bestaande aanbieders die voldoen aan de kwaliteitsvoorwaarden een meerjarige raamovereenkomst sluiten. In totaal gaat het om circa 40 van de bestaande hoofd- en onderaannemers van arbeidsmatige activering. De gemeente heeft de ambitie om vanaf 2017 (gefaseerd) nieuwe toetreders toe te laten.

In 2016 stopt de gemeente met het innen van een eigen bijdrage op de arbeidsmatige activering. Ook de huisvesting wordt vanaf 2016 niet meer bekostigd. Het bedrag per resultaatgebied is opgebouwd uit begeleidingskosten in combinatie met eventuele vervoerskosten.

2.3. Planning inkoopproces 2016 op hoofdlijnen

Op basis van de bovenstaande inkoopstrategie 2016 zal het college van B&W het inkoopproces voor 2016 verder vormgeven en uitvoeren. Vooruitlopend hierop ontvangen alle gecontracteerde organisaties voor 1 juni een brief waarin het proces op hoofdlijnen wordt geschetst inclusief of de gemeente voornemens is om ook voor 2016 de organisatie te contracteren. Dit is conform de leveringsafspraken 2015.

Na vaststelling van deze inkoopstrategie in de Raad vinden in en direct na de zomer gesprekken plaats met alle grote en middelgrote aanbieders in de aanvullende zorg. Tegelijkertijd wordt de hierboven beschreven aanpak voor het contracteren van de arbeidsmatige activering verder uitgewerkt. Deze stappen worden vergezeld van een voor alle aanbieders toegankelijke Q&A (op de website van de gemeente).

In september en oktober wordt de uitkomst van de gesprekken vertaald naar contractafspraken en bijbehorende leveringsafspraken. Doelstelling is dat dit proces uiterlijk 1 november 2015 af te ronden. De commissie M&S zal medio oktober over voortgang en uitkomsten hiervan worden geïnformeerd.