SAMENVATTING MARKTCONSULTATIE
schriftelijke vragenronde mei 2014

01. Inleiding
Met de aanstaande transities binnen het sociale domein, zijn gemeenten per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de uitvoering van nieuwe taken en functies op het gebied van (jeugd)zorg, werk en inkomen. Met de door het Rijk opgelegde doelmatigheidskorting als duwende kracht (urgentie) en de kanteling c.q. transformatie als trekkende kracht (ambitie), staan gemeenten voor de uitdaging om het sociale domein zo in te richten, dat er binnen de gestelde (financiële) kaders, dicht(er) bij de burger, een passende invulling van ondersteuningsvragen kan worden ingezet, gericht op de belemmeringen die klanten ervaren op het gebied van burgerparticipatie.

Momenteel hebben de gemeenten Goirle, Dongen en Hilvarenbeek ieder een visie ontwikkeld op de uitvoering van nieuwe taken en functies binnen het sociale domein. De volgende stap is het maken van een vertaalslag naar implementatie. Een van de uitgangspunten hierbij is om de decentralisaties in samenhang te organiseren. De gemeenten Goirle, Dongen en Hilvarenbeek voeren ter voorbereiding op een mogelijk gezamenlijke aanbesteding hiertoe een marktconsultatie uit, omdat zij het belang zien om uitvoerende partijen (zorgaanbieders) te betrekken bij de vertaalslag van visie naar implementatie.

In totaal hebben ruim 40 zorgaanbieders deelgenomen aan de schriftelijke vragenronde, waarvan een (anonieme) samenvatting is opgesteld op basis van enkele van belang zijnde punten.

02. Diensten en producten; baten c.q. resultaten
Vraag is wat de (aanwijsbare) baten c.q. resultaten zijn van de producten die zorgaanbieders bieden. Ook is van belang hoe deze precies gemeten kunnen worden.
Zorgaanbieders formuleren doelen in het plan van aanpak; deze worden beoordeeld in een evaluatie-gesprek dat maandelijks, halfjaarlijks en jaarlijks plaatsvindt tussen begeleider en zorgvrager. Hierdoor blijft het beeld helder voor alle partijen en zorgplanen worden, daar waar nodig, aangepast.

Ook wordt gebruik gemaakt van allerlei systemen zoals bijv. ROM, CQ-index, zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) en cliënttevredenheidsonderzoeken bij begeleiding. Enkele zorgaanbieders hebben zelfs een op hun gerichte organisatie digitale tool waarin de resultaten (tevredenheid van de burger, inzet van het netwerk, groei op de zelfredzaamheidsmatrix en participatieladder) schematisch en in kleuren worden weergegeven. Daarnaast worden de financiële stabiliteit, rust in het dagelijks leven, aanleren van sociale vaardigheden, groei in zelfstandig functioneren, zelfvertrouwen en herstel van eigen kracht, zelfredzaamheid, stijging op de participatieladder, toeleiding naar school/opleiding/arbeid, persoonlijke groei en groei in productiviteit van jongeren en verhoogde kwaliteit van het leven genoemd. Deze worden gemeten middels de evaluatiegesprekken en tevredenheidsonderzoeken.

03. Resultaatsturing
Vraag is in welke mate de resultaatsturing verenigbaar is met de product- en dienstverlening van de zorgaanbieder.
Resultaatsturing is zeker verenigbaar met bepaalde dienstverlening, maar het is ook wenselijk en maatschappelijk gezien noodzakelijk. De samenleving geeft een hoop geld uit aan zorg en onder-steuning en wil weten wat zij daarvoor terugkrijgt. Vele zorgaanbieders sturen juist op resultaten. Met cliënten wordt besproken welk resultaat behaald moet worden en welke doelen hierbij passen. Het is voor inhoudelijke professionals fijner te sturen op het behalen van deze resultaten dan het sturen op behaalde productie. Het is een grote wens (met de cliënt) te kunnen bepalen welke activiteiten

wanneer worden ingezet om een bepaald resultaat te behalen en niet vast aan voorgeschreven/vaste indicaties/verstrekkingen te zitten.
Sturen op resultaat is een voorwaarde om het te leveren product optimaal te kunnen afstemmen op de vraag, afspraken en het beleid. Het is zaak om het genereren van de benodigde gegevens en sturingsmechanismen dusdanig in te richten, dat hierbij geen onnodige tijd, energie en geld wordt verspild. Dit is wellicht mogelijk door met andere organisaties samen te werken.

Resultaatsturing op basis van cijfers zegt niet altijd alles over de kwaliteit van het product of de tevredenheid van de klant. Daarom vinden ook resultaatmetingen plaats op basis van positieve uitstroom uit de keten (terug naar de 0de of 1^{e} lijn), doorlooptijden en beschikbaarheid ondersteuning, cliëntwaardering, participatie en/of zelfredzaamheid en duurzame ondersteuning.

Kortom, resultaatsturing biedt zeker kansen als het gaat over het inzichtelijk maken van regie over eigen leven en het bevorderen van zelfredzaamheid van cliënten (en hun omgeving). Vraag- en resultaatgericht werken betekent ook samenwerken.

04. Begeleidings- of behandelplannen
Vraag is op basis waarvan en in welke mate de begeleidings- en behandelplannen met cliënten geëvalueerd en bijgesteld worden.
De doelen staan vermeld in de begeleidings- en behandelplannen, dat de begeleider/casemanager met de zorgvrager/cliënt heeft opgesteld na een intake gesprek. Het plan moet zo nauwkeurig mogelijk de individuele cliëntwensen en –mogelijkheden representeren. De begeleider/casemanager is verantwoordelijk voor het, samen met de cliënt, opstellen en bijhouden van het persoonlijke plan. Het plan is en blijft eigendom van de cliënt. Na elke periode wordt uitgebreider teruggeblikt en gekeken of de doelen zijn behaald en hoe dit is gegaan. Vervolgens worden, tijdens de evaluatie (maandelijks, halfjaarlijks en jaarlijks) nieuwe doelen opgesteld en/of oude doelen bijgesteld.

Veel zorgaanbieders zijn er voorstander van dat de specifieke expertise van een zorginstelling, die verbonden is aan een cliënt, wordt ingezet voor de regierol en het opstellen en/of bewaken van de begeleidings- en behandelplannen.

05. Vernieuwingspotentieel
Vraag is wat het vernieuwingspotentieel is van de bestaande producten en diensten van de zorg-aanbieder.
Het vernieuwen en aanpassen van de producten en diensten van de zorgaanbieder gebeurt vaak naar aanleiding van de vraag van de cliënten en de ontwikkelingen op maatschappelijk en politiek niveau.

Vernieuwingspotentieel vindt (in bepaalde sectoren) vaak plaats in de vorm van het bieden van een opleiding en daarbij behorende leer-werkplekken, maar ook werkplekken voor arbeidsmatige dag-voorziening creëren bij bedrijven en maatschappelijke organisaties in de regio. Ofwel meer werk-plekken in de samenleving.
Ontwikkelingen bij de cliënt vragen een voortdurend bijstellen van inzet en deskundigheids-bevordering van de medewerkers. Hierbij worden flexibiliteit, 24-uurs vangnet voor burgers, meer maatwerk en klanttevredenheid niet vergeten.

Met name E-coaching wordt door vele zorgaanbieders genoemd. Er wordt meebewogen met de doelgroepen; de burger waarmee wordt samengewerkt. Hierbij wordt vaak gekeken naar waar de eigen krachten liggen, wat de cliënt nodig heeft en wat collega’s bieden: gebruikmaken van elkaars krachten is een belangrijk uitgangspunt.
Ook worden bepaalde componenten toegevoegd, meer gewerkt met groepen en meer samengewerkt; naast inhoudelijke verbetering (nog meer zorg op maat) is ook hier een financieel

voordeel te halen.

06. Samenwerking met andere organisaties
Vraag is wat de ervaring is met samenwerking met andere organisaties binnen het huidige aanbod.
Het is van groot belang om met goede partners samen te werken; enkele zorgaanbieders hebben al samenwerkingsverbanden met diverse partners en breiden deze waar nodig verder uit. Het samenwerken wordt ook vaak gezien als een belangrijke toegevoegde waarde op de eigen dienstverlening. Door intern en extern expertise aan elkaar te verbinden en elkaar kritisch te volgen kan de kwaliteit van de zorgverlening steeds sterker worden.
Het is nodig om te onderzoeken aan welke producten behoefte is, wie waar goed in is en hoe de dubbelingen eruit te halen zijn om toch een gevarieerd aanbod te kunnen blijven bieden. Ook wordt samengewerkt met vele vrijwilligersorganisaties en professionele instellingen. Veel zorgaanbieders hebben zonder samenwerken geen bestaansrecht (meer).

Samenwerken met kleine gespecialiseerde zorgaanbieders wordt als positief en noodzakelijk ervaren. Voordelen: vanuit hun kleinschaligheid hanteren zij korte lijnen, berekenen weinig overhead en zijn betrokken bij de praktijk.

Er moet wel gewaakt worden dat het geen bureaucratisch gebeuren gaat worden na de transitie. Belangrijk is om ernaar te streven dat zo weinig mogelijk mensen betrokken moeten zijn bij het bespreken van de casussen. Daarom moet duidelijk worden wie de regelfunctie krijgt en dat er gewerkt wordt vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

07. Transformatie
Vraag is wat de visie op de transformatie is die in kader van de decentralisaties moet plaatsvinden. Hierbij moet men denken aan: de transformatie van de ondersteuning die aan cliënten wordt geboden, de transformatie van de wijze waarop cliënt, gemeenten en aanbieders hun rol invullen en de wijze waarop sturing, bekostiging en verantwoording moet plaatsvinden.
Decentralisaties zullen leiden tot een transformatie doordat er minder financiële middelen beschikbaar zullen zijn. Dit zal dus impact hebben op alle onderdelen. Centraal staat hierbij de omslag van claim- en aanbodgericht werken (gericht op verstrekken van voorzieningen en hulpmiddelen) naar vraag- en resultaatgericht werken (gericht op participatie en zelfredzaamheid). Het uitgangspunt van de vernieuwing zijn de burgers zelf (keuzevrijheid voor de cliënt is hierbij essentieel). De uiteindelijke doelstelling is dat zij beter en/of langer kunnen blijven meedoen in de samenleving. Een dergelijke omslag, kanteling genoemd, vraagt om ingrijpende veranderingen in de gemeenten (zowel in de interne organisatie als in de relaties met burgers en partnerorganisaties). Met de 3D's wordt de noodzaak van burgerparticipatie alleen maar groter, gezien de beperking in financiële zin. Gemeenten zullen in de komende periode moeten bezuinigen; zeker ook op maatschappelijke ondersteuning.

De transitie biedt voor de cliënten kans op meer passende ondersteuning op individuele behoefte en minder op basis van 'standaardproducten'. Waar nu de zorgaanbieders veelal de neiging hebben tot het 'binnenhouden' van cliënten binnen het eigen aanbod, kan er onder aansturing van de gemeenten gedacht worden in systeemoverstijgende trajecten.

Cliënten moeten zich wel meer bewust worden van de kosten van hulpverlening. De tarieven/kosten moeten meer zichtbaar voor ze worden, bijv. doordat ze zelf (een deel van) een voorschotnota moeten betalen. Op deze wijze realiseert de cliënt zich meer dat de samenleving veel geld kost en dat dit soms niet nodig is.

Na de transitie moet meer naar het probleem gekeken worden, waarbij rekening gehouden dient te worden met een diagnose; deze moet echter niet leidend zijn. Een goede indicatiestelling vooraf moet leiden tot de juiste zorg. Het door de zorgaanbieder helpen indiceren kan een belangrijk aspect zijn om de juiste cliënt de juiste ondersteuning te bieden. Belangrijk aspect hierbij is dat een duidelijke sturing en controle op inzet en kosten bewerkstelligd moet worden vanuit de gemeenten.
Ook dienen de lijnen in de eerstelijnshulpverlening korter te worden zodat (psychische) problemen eerder op lokaal niveau kunnen worden verholpen, preventief, voordat het verergerd en er 'zwaardere' (intensiever en langer) hulpverlening moet worden ingezet. Dit zal een positief effect op de nieuwe rollen en verantwoordelijkheden hebben van de cliënt, gemeenten en zorgaanbieders maar ook op de sturing, bekostiging en verantwoording. Keuzevrijheid voor de cliënt en korte wachttijden zijn daarbij een belangrijk streven want snelle, op maat gemaakte interventies voorkomen vaak erger. Deze interventies moeten aansluiten bij de kracht en zelfredzaamheid van de cliënten en gericht zijn op bevordering hiervan in plaats van hospitaliseren en 'pamperen'.
Gemeenten en lokale/regionale aanbieders zullen goed moeten samenwerken en periodiek evalueren hoe dit verloopt, waarbij input van klinische ervaring, zoveel mogelijk meetbaarheid en input van cliënten niet moeten ontbreken.

Een duidelijke regie en koers van de gemeenten geeft helderheid aan aanbieders en aan cliënten. Men is van mening dat de gemeenten dichter bij de cliënt staan en kunnen daarom in hun opdracht de uitvoering van één gezin, één plan, één regisseur eenvoudiger uitvoeren.
De bekostiging vraagt een helder en transparant tarief voor alle aanbieders gebaseerd op het feitelijk gebruik van de voorziening. Ofwel er wordt alleen betaald voor de feitelijke aanwezigheid van een cliënt die bij bijv. de dagbesteding aanwezig is. Dit draagt eraan bij dat aanbieders zullen trachten hun bezettingsgraad van de voorzieningen op te hogen waardoor leegloop en onnodige kosten voorkomen worden.

08. Rol en positie
Vraag is hoe de zorgaanbieder haar/zijn rol en positie ziet in kader van deze transformatie.
In samenwerking met gemeenten kan de zorgaanbieder een adviserende, motiverende, innoverende en signalerende rol spelen. Daarnaast is het zaak van de zorgaanbieder om de cliënt meer bewust te maken dat de behandeling/ begeleiding belangrijk is en dat dit geld kost. Verder valt te denken aan het trainen van 'beroepsgroepen' (vrijwilligers, mensen in buurthuizen), het ontwikkelen van kwaliteitseisen en het geven van advies en consultatie daar waar nodig.

Zorgaanbieders zien hun doelgroep niet wijzigen maar wel hun zorgaanbod. Om bijdrage te kunnen blijven leveren aan preventie en goedkoper maken van de zorg worden steeds meer groepsgewijs vaardigheden aangeboden als de situatie dit zorginhoudelijk toelaat. Expertise wordt dus meer gedeeld middels presentaties en workshops.

09. Beter resultaat voor opdrachtgever en klanten
Vraag is hoe de zorgaanbieder denkt dat het mogelijk is om een beter resultaat voor de opdrachtgever en klanten te realiseren gegeven een kleiner budget na de decentralisatie.
Een beter resultaat met een kleiner budget is mogelijk door kortere lijnen tussen de hulpverleners te hanteren en geen of weinig overhead te berekenen. Hierbij is transparantie in de geleverde diensten en de daarbij behorende uren noodzakelijk. Door met een minder hoogdravende personeelssamen-stelling (dan die nu door de zorgverzekeraars wordt geëist) te werken, is het resultaat te verbeteren.

Door op effectieve wijze de krachten te bundelen en goed te kijken wat een mogelijk potentiële cliënt nodig heeft aan ondersteuning kan veel efficiënter en effectiever gewerkt worden. Nu bestaat de neiging om alles zelf te blijven doen om overeind te blijven; door dit gezamenlijk in een soort coöperatie onder te brengen zal deze perverse financiële prikkel verdwijnen.

Er dient wel een duidelijk centraal punt/loket voor de burger voor alle hulpvragen opgezet te worden, waar één coördinator de aanspreekpersoon is voor de cliënt. Na duidelijkheid van de hulpvraag moet ondersteuning door één hulpverlener komen, die dan ook het aanspreekpunt is voor de gemeenten.

Voorkeur wordt uitgesproken voor efficiency, lumpsum financiering in combinatie met prestatie-afspraken, samenwerken, integraal aanbod, eenvoudige administratie, registratie en verantwoording. Ook worden het kunnen op- en afschalen, preventie en ontschotting hierbij genoemd.
Daar waar nodig kunnen de zorgaanbieders ondersteunend en verbindend op individueel niveau en in groepsverband werken. De vraag, behoefte en drive van de burgers moeten centraal staan. De zorg-aanbieder kan dan verbinding leggen en initiatieven die van onderop komen ondersteunen. Daarbij moet gezorgd worden voor continuïteit, een steun in de rug voor de initiatiefnemers en verbinding met de professionele instellingen.

10. Met minder financiële middelen een beter resultaat
Vraag is welke mogelijkheden de zorgaanbieder ziet om voor haar/zijn organisatie met minder financiële middelen een beter resultaat te realiseren.
Door het aanleggen van samenwerkingsverbanden en netwerken in de informele zorg is een beter resultaat te realiseren. Daarnaast moet men meer met vaste trajecten/tijdspaden gaan werken waarin doelgericht werken van belang is. Het versterken van welzijnsdiensten wordt preventief. Investeren in preventie voorkomt extra kosten in de zorg. In de praktijk betekent dit dan dat meerdere cliënten met dezelfde hulpvragen samen begeleid worden in hun problemen. Dit betreft dus een wijziging in het zorgaanbod.

Vraag is steeds wanneer er voldoende hulp is geboden. Vanuit de zorg is men snel geneigd om mensen te blijven helpen, maar als iemand weer in staat is om zijn dagelijkse leven op te pakken en te leiden, dan kan de hulp gestopt worden en dient de cliënt zelf haar/zijn verantwoordelijkheid op te pakken. De nadruk moet meer komen liggen op zelfredzaamheid. Men moet meer denken vanuit mogelijk-heden en oplossingen in plaats van diagnoses en beperkingen.

Enkele zorgaanbieders zijn voorstander van de opzet van een soort coöperatie. Gezamenlijk kan men dan gebruik maken van een accountant, gezamenlijk flex- en personeelsbestand, etc. waardoor veel kosten bespaard kunnen worden.

11. Verschuiving/differentiatie
Vraag is welke mogelijkheden de zorgaanbieder ziet om met haar/zijn cliënten een verschuiving of differentiatie te realiseren op het spectrum professioneel – eigen kracht (organisaties (individueel – collectief)? Hierbij dienen de antwoorden zich te richten op de thema's vrijwilligerswerk, uitkerings-gerechtigden/mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt en mantelzorg/informele zorg.
Door gezamenlijk in een soort coöperatie samen te werken, zijn alle genoemde thema's efficiënter en effectiever in te zetten. Hierdoor wordt het 'samen sterk' gevoel aangewakkerd en passen de puzzel-stukken zoals eigen kracht, vrijwilligerswerk, UWV, mantelzorg, etc. in elkaar en vormen een groter geheel. Men kan ook denken aan de inzet van werkeloze leerkrachten of leerkrachten die afgekeurd zijn om voor de groep te staan. Veel onderwijsassistenten hebben geen baan en zouden middels samenwerkingsverbanden diensten kunnen verlenen. Vrijwilligers zouden met name ingezet kunnen worden voor die situaties waarin ouders niet in staat zijn de extra ondersteuningen thuis te kunnen bieden.

Het is van belang om een netwerk met informele zorg op te zetten. Hiermee worden ook mogelijk-heden voor de cliënt gecreëerd om in haar/zijn eigen omgeving informele ondersteuning te vinden. Dus: uitgaan van de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de cliënten.

12. Verbinding tussen de decentralisaties
Vraag is hoe de zorgaanbieder de verbinding ziet tussen de drie decentralisaties
Verbinding kan makkelijk gemaakt worden door samen te werken. Door de inzet van één coördinator die meekijkt, weet wat er nodig is en zorgt voor goede afstemming op verschillende gebieden, kan de verbinding gemaakt worden. Deze verbinding zal ook besparingen opleveren op afstanden, ICT en samenwerkingspartners.

Het is van belang om, waar nodig, de verbinding weten te vinden, centraal aangestuurd vanuit de gemeenten. Ook is dit vanuit de genoemde coöperatie mogelijk.
Door de regie bij de gemeenten te leggen is het mogelijk om sneller en efficiënter te handelen; denk aan de korte lijntjes naar Sociale Zaken zodat bijv. de benodigde uitkering sneller kan worden aangevraagd en voorkomen wordt dat de cliënt schulden opbouwt. Ook hebben de gemeenten letterlijk meer zicht op de hulpvragen in eigen gemeenten en kan daar snel in worden geschakeld. Zorgaanbieders blijven de belangrijke signaalfunctie houden, waarbij de gemeenten de regie hebben geregeld via bijv. een open voordeur (WMO loket) met professionele medewerkers die in staat zijn een hulpvraag goed in te schatten.

13. Verbinding met het voorliggend veld
De ondersteuningsvragen hebben betrekking op eigen kracht en sociale samenleving (civil society). De vraag is hoe de zorgaanbieder haar/zijn organisatie ziet in verbinding met het voorliggend veld.
De omgeving is vaak betrokken bij de zorgvrager; de omgeving kan mee veranderen en de zorgvrager kan in haar/zijn proces gesteund worden. Ook is het mogelijk dat de zorgaanbieder meekijkt in bepaalde situaties in het gezin en de ouders van praktische tips voorzien zodat zij hun eigen krachten weer kunnen inzetten.

In het voorliggend veld is veel winst (en daarmee bezuiniging) te halen. Als de burger zijn steentje bijdraagt zal de overheid minder zorg moeten leveren wat veel geld bespaart en gebruikt kan worden om de zorg voor de groep kwetsbare burgers te verbeteren. Het is daarom zaak om de bewuste burger die actief wil participeren ook de mogelijkheden te geven om zijn initiatieven te ontwikkelen. Denk hierbij aan buurthuizen, vakbonden, scholen, culturele instellingen, vrijwilligersorganisaties, etc.

14. Goede samenwerking tussen gemeenten en aanbieders
Vraag is hoe de gemeenten hun rol het beste kunnen invullen ten behoeve van een goede samenwerking tussen gemeenten en aanbieders.
De gemeenten dienen in gesprek te gaan met de zorgaanbieders waardoor een duidelijk beeld wordt verkregen van de aangeboden diensten. Hierbij zijn regelmatig overleg en korte lijnen van belang. Verder moet men openstaan voor expertise en samenwerking, waarbij rekening gehouden moet worden met de achtergrond van de zorgvragers.

De gemeenten hebben een regierol. Deze bestaat uit het op de juiste wijze in stelling brengen van professionals en professionele organisaties. Dat vertaalt zich in een opdracht. Ook dienen de gemeenten de gang van zaken te monitoren en bepalen hoe getoetst moet worden of de gewenste maatschappelijke effecten zijn gerealiseerd. Zij zullen op inhoud meer sturend moeten worden op de gewenste outcome van de uitbestede diensten. De zorgaanbieders moeten zich als verantwoordelijke maatschappelijke organisaties opstellen, die niet voor hun eigen belang gaan maar voor het beoogde maatschappelijk effect. Daarom is het van belang dat organisaties als partners gezamenlijk dezelfde 'mindset' ontwikkelen: altijd sturen op eigen kracht, specialistische zorg inzetten waar nodig, en 'afschalen' naar informele zorg, vrijwillige inzet en collectieve ondersteuning waar mogelijk. De zorgaanbieders zijn zelf actief in de ontwikkeling van kennis en kunde met betrekking tot die knowhow en bieden, samen met partnerorganisaties, ook scholing en training aan op dit vlak.

Het is en blijft van belang om naar elkaar te luisteren, gebruik te maken van elkaars expertise en elkaar te versterken. Het heeft wel de voorkeur dat er een keuzevrijheid van aanbieders is. Cliënten moeten zelf hun behandelaar kunnen kiezen, zonder dat er aanbieders uitgesloten zijn. Dus alle zorgaanbieders doen mee en hebben een contract met de gemeenten afgesloten. Verder is het belangrijk dat de gemeenten de zorgaanbieders de ruimte geven om zelf te bepalen welke zorg het passend is bij iedere cliënt. Er moet niet te veel op de inhoud gestuurd worden, maar juist op het positieve resultaat: zo veel mogelijk mensen helpen met zo min mogelijk financiële middelen.

In ieder geval dienen de gemeenten duidelijke afspraken te maken en de verwachtingen met de zorgaanbieders te delen. Regelmatig overleg en ruimte zijn onontbeerlijk om aanpassingen door te voeren (zeker in het eerste jaar 2015) naar aanleiding van wijzigingen in persoonlijke situaties van de cliënt. Veel zorgaanbieders hebben er alle vertrouwen in dat een langdurige samenwerking van gemeenten met zorgaanbieders op basis van inhoudelijke afstemming en vertrouwen beter is dan op basis van bestekken en openbare aanbestedingen een inkooprelatie aangaan.

15. Verantwoording van geleverde prestaties
Vraag is in hoeverre de zorgaanbieder haar/zijn geleverde prestaties (gerealiseerde uren, producten en diensten) verantwoordt en waarom en op welke manier men dit noodzakelijk acht na de transitie.
De geleverde diensten en daarbij behorende uren worden vastgelegd in urenlijsten die inzichtelijk zijn voor zorgvrager en hun vertegenwoordigers. Ook zijn er zorgaanbieders die de gerealiseerde uren niet rapporteren; zij verantwoorden hun prestaties op basis van resultaat, instroom, uitstroom, doorloop-tijden en geleverde diensten.
Na de transitie moet de transparantie wel blijven bestaan. Voorkeur wordt aangegeven dat de factuur, na controle door de zorgvrager, rechtstreeks naar de gemeenten kan worden verstuurd en uitbetaald wordt aan de zorgaanbieder. Men moet hierbij streven de zorgprofessionals zo min mogelijk te belasten met administratieve taken.

16. Verantwoording van gerealiseerde kwaliteitsafspraken
Vraag is in hoeverre de zorgaanbieder haar/zijn gerealiseerde kwaliteitsafspraken verantwoordt en waarom en op welke manier men dit noodzakelijk acht na de transitie.
Bij verschillende zorgaanbieders wordt jaarlijks, middels de audits van HKZ, het kwaliteitssysteem gecontroleerd. Op individueel niveau wordt gekeken naar kwaliteit en ontwikkelingsmogelijkheden van de medewerker.
Om bewust en alert te blijven en de waarborging van kwaliteit van zorg te kunnen blijven garanderen, is het noodzakelijk dat dergelijke audits ook na de transitie worden gehandhaafd.

Bij enkele zorgaanbieders zijn kwaliteitsafspraken gemaakt op basis van doorlooptijden; deze worden gerapporteerd aan de opdrachtgevers. Ook hebben enkele zorgaanbieders kwaliteitsafspraken met zorgkantoor en –verzekeraar gemaakt waaraan de zorgaanbieder dient te voldoen.

Na de transitie zijn duidelijke kwaliteitsafspraken wenselijk. Er moet echter wel voorkomen worden dat veel tijd en aandacht vereist wordt voor het opstellen van individuele rapportages ten behoeve van verantwoording naar gemeenten. Belangrijke criteria zijn en blijven: cliënt tevreden, werken volgens wetenschappelijke standaarden en meten of de interventie werkt, basiseisen organisatie en personeel, aard dienstverlening, borging en bewaking en betrokkenheid burgers.

17. Verantwoording gerealiseerde resultaten
Vraag is in hoeverre de zorgaanbieder haar/zijn gerealiseerde resultaten verantwoordt (bijv. informatie over groepen cliënten of wijken binnen een gemeente); en in hoeverre, waarom en op welke manier acht men dit noodzakelijk na de transitie?

In het huidige systeem worden o.a. het bijhouden van uren en begeleidingsplannen gehanteerd als meetbare instrumenten voor de gerealiseerde resultaten. Ook vindt verantwoording volgens ROM plaats en blijft het belangrijk om de juiste informatie te verkrijgen over behandelingen en werkwijzen aan doelgroepen. Daarnaast vinden geregeld kwaliteitsmetingen plaats.

In overleg met de gemeenten kan, na de transitie, op maat een rapportage samengesteld worden. Een monitor op gemeentelijk niveau over doelgroepen, duur en effect van de trajecten, gekoppeld aan een landelijke benchmark kan wenselijk zijn. In ieder geval lijkt het voor de hand te liggen om na de transitie per gemeente, op basis van de ondersteuningsplannen en de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), de ontwikkelingen zichtbaar en meetbaar te maken.

18. Gerealiseerde outcome resultaten

Vraag is in hoeverre de zorgaanbieder haar/zijn gerealiseerde outcome resultaten verantwoordt.
Veel zorgaanbieders ervaren een grote afstand met het indicatieorgaan. Na de transitie kunnen de gemeenten duidelijker in kaart brengen en zicht hebben op wat de zorgaanbieders te bieden hebben. Op deze wijze hebben de gemeenten beter zicht op de resultaten die de zorgaanbieders leveren.

Veel outcome resultaten worden via ROM-metingen en cliënttevredenheidsonderzoeken verantwoord. Deze gegevens worden ook gebruikt om het beleid te evalueren en bij te sturen. Dit zou wellicht uitgebreider kunnen door bijv. vanuit de gemeenten juist gericht op trends en ontwikkelingen te toetsen, zodat dit handvaten geeft om de zorg op maat te kunnen blijven leveren. Toch werken veel zorgaanbieders juist niet met outcome resultaten; zij zijn ook van mening dat middels deze outcome het moeilijk zal zijn een objectief resultaat boven water te krijgen.

19. Verantwoording meer doelmatig organiseren

Vraag is hoe de verantwoording meer doelmatig georganiseerd kan worden.
Doelmatig organiseren wordt verkregen door: kortere lijnen tussen gemeenten en zorgaanbieders, geen financiële middelen rechtstreeks aan de zorgvrager toekennen, budget voor zorg flexibel inzetten en een systeem op te zetten waar zorgaanbieders kunnen declareren en verantwoorden.

Sturing vanuit een onafhankelijke organisatie inzake overkoepelende metingen heeft de voorkeur. Door zaken te koppelen op inhoudelijk en coöperatief niveau kan een en ander doelmatiger georganiseerd worden. Momenteel dienen de zorgaanbieders bij verschillende instanties zich te verantwoorden.

Door de klanttevredenheid te meten en het mogelijk te maken om de resultaten van verschillende zorgaanbieders met elkaar te vergelijken kan men beter doelmatig organiseren. Maar het is sterk afhankelijk van wat gemeten moet worden: de vraag daarbij is van belang wiens doelstelling men meet (cliënt, behandelaar of opdrachtgever (gemeenten, verzekeraar)). Een product moet een concreet doel hebben dat objectief meetbaar is. Dus: alle zorgaanbieders moeten werken met dezelfde kritische prestatie-indicatoren, kwaliteitseisen, zorginhoudelijke resultaatdoelstellingen in hetzelfde systeem dat kan 'communiceren' met de overige bedrijfssystemen zoals bijv. de facturering.

Doelmatiger werken wordt ook verkregen door meer gebruik van internetapplicaties te maken (een centrale digitale plaats met inlogcode per zorgaanbieder). Gemeenten kunnen op dergelijke wijze op ieder gewenst moment zicht krijgen op aantallen deelnemers, bezettingsgraad en kosten.

20. Huidige onderdelen, vormen of systemen van verantwoording

Vraag is welke huidige onderdelen, vormen of systemen van verantwoording goed werken en ook in de toekomst, na de transitie, gebruikt kunnen worden.
Een plan van aanpak en een hulpverleningsplan zijn goede en inzichtelijke instrumenten die na de transitie ook gebruikt kunnen worden. Daarnaast zijn duidelijke gespecificeerde facturen van groot

belang. Voorkeur gaat ook uit naar verantwoording op prestatie op basis van gemaakte financiële en prestatieafspraken. Daarnaast worden zorgdossier en indicatiestelling genoemd. Declaraties kunnen ongewijzigd blijven, maar hiervoor moet wel een verwijzing naar outcome versus declareren op minuut of declaratiecode ingevoerd worden.

Als andere vormen worden ook verantwoording volgens AZR-eisen, werken met digitale verantwoording via een systeem als ROM, en CQ-index genoemd. Ook de ZRM heeft de voorkeur van enkele zorgaanbieders. Het instrument moet dan wel afgezet worden tegen de zorgkosten per cliënt. Voorkeur wordt ook uitgesproken naar meer digitale verantwoording. In het huidige systeem zitten zaken die effectief werken, maar het moet simpel blijven.