Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Versie 1.01
10 juni 2024

Eindrapport: inzet uitvoeringsvarianten in de Wmo



Inhoud

1. Aanleiding 3
1.1 Uitvoeringsvarianten Wmo 3

2. Onderzoek 5
2.1 Doel onderzoek 5
2.2 Onderzoeksvragen 6
2.3 Deelnemers onderzoek 7

3. Uitvoering onderzoek 8
3.1 Oorspronkelijk plan niet haalbaar 9
3.2 Bijgesteld plan 10

4. Totale kosten Wmo 2018-2022 (CBS) 12

5. Uitvoering Wmo 13
5.1 Gemeente Amersfoort 13
5.2 Gemeente Apeldoorn 17
5.3 Gemeente Arnhem 20
5.4 Gemeente Doetinchem 23
5.5 Gemeente Emmen 26
5.6 Gemeente Groningen 29
5.7 Gemeente Hollands Kroon 32
5.8 Gemeente Weert 35

6. Taakgerichte & inspanningsgerichte uitvoering 38
6.1 Inzet uitvoeringsvariant in algemene zin 38
6.2 Inkoop & contracten van de zorg 39
6.3 Toegang tot de zorg 41
6.4 Toewijzing zorg 42
6.5 Geleverde zorg 42
6.6 Bekostiging van de zorg 43
6.7 Verantwoording & rapportages 45
6.8 Monitoring zorg 46

7. Conclusies & aanbevelingen 47
7.1 Antwoorden op onderzoeksvragen 48
7.2 Voorwaarden kwantitatieve business case in toekomst 54

8. Tot slot 55

1. Aanleiding

De afgelopen jaren is er veel ingezet op het terugdringen van administratieve lasten (o.a. de regeldruk en de coordinatiekosten) in het sociaal domein. Zo ook de regeldruk die is ontstaan bij het inkopen van maatschappelijke ondersteuning in het kader van de Wmo 2015. Er is ingezet op het standaardiseren van contracten, het versterken en ontwikkelen van (i)standaarden en het ondersteunen van gemeenten en zorgaanbieders bij hun inkoopprocedures. Desondanks ervaren professionals, zorgaanbieders en gemeenten een grote mate van regeldruk en een grote verscheidenheid aan verantwoordingseisen en processen.

Uit recent onderzoek van Movisie blijkt ook dat regeldruk bij sociaal werkers (de professionals in het veld) eveneens nog erg hoog is, namelijk 37% van hun tijd, daar waar 19% als wenselijk wordt gezien. De heersende aanname is dat de taakgerichte variant leidt tot lagere administratieve lasten, maar onbekend is hoeveel dat kan schelen in termen arbeidsvreugde, tijd en kosten. De op te stellen Business Case dient ter objectivering van deze stelling in termen van tijd en kosten. Als inspanningsgericht wordt gefinancierd, ofwel product x prijs x aantal, dan weet de financier in termen van effectiviteit van het aanbod, veelal niet waarvoor wordt betaald. Bij stijgende kosten leidt dit tot wantrouwen bij de financier (gemeente) plus extra verantwoordings-uitvragen en zo ontstaat een negatieve spiraal.

Daarnaast staat de outputgerichte uitvoeringsvariant (in huidige vorm) onder druk door de meest recente uitspraken van de CRvB (uren moeten in de beschikking). Mede naar aanleiding van de recente uitspraken heeft de MR op 14 juli 2023 ingestemd met het niet indienen van het wetsvoorstel resultaatgericht beschikken.

Het adagium over taakgericht te financieren is dat professionals binnen de ruimte van het budget de mogelijkheid krijgen zelf keuzes te maken op professionele gronden en dat de administratieve last aanzienlijk daalt doordat de financiële verantwoording per client via verschillende eisen van gemeenten wegvalt. Mogelijk leidt dit tot meer arbeidssatisfactie en vergroot de kans dat professionals in het sociaal domein werkzaam willen blijven.

1.1 Uitvoeringsvarianten Wmo

Met de decentralisatie in 2015 lag er voor gemeenten, aanbieders, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de zorgbranches de opgave om de informatievoorziening in het sociaal domein verder te verbeteren en de administratieve lasten te verlagen. Om organisaties in deze opgave te ondersteunen hebben Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), iZA[1] en Zorginstituut Nederland drie uitvoeringsvarianten uitgewerkt, gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

[1] de gezamenlijke zorgbranches, verenigd in iZA

De onderstaande definities voor de verschillende uitvoeringsvarianten komen uit het document 'Handreiking Uitvoeringsvarianten iWmo en iJw'[2].

1. Inspanningsgericht
Definitie: Uitvoering van zorg en/of ondersteuning waarbij er een duidelijke afspraak tussen gemeente en zorgaanbieder is gemaakt over de levering van een specifiek product of dienst in een afgesproken tijdseenheid.

2. Outputgericht
Definitie: Uitvoering van zorg en/of ondersteuning waarbij er een duidelijke afspraak tussen gemeente en zorgaanbieder is over de te behalen output. De manier waarop deze output wordt behaald, is niet vastgelegd.

3. Taakgericht
Definitie: Uitvoering van zorg en/of ondersteuning waarbij de gemeente een taak voor een (deel)populatie heeft gegeven aan een aanbieder en deze aanbieder de vrijheid heeft om de invulling van deze taak vorm te geven. In deze variant is er geen sprake van een verantwoording op individueel niveau.

Gemeenten kunnen vanuit eigen beleidsvrijheid kiezen voor één of meerdere uitvoerings-varianten. Dit kan per zorgvorm verschillen. Vaak is er wel één dominante uitvoeringsvariant voor de meeste zorgvormen aanwezig bij een gemeente/regio.

De keuze voor een uitvoeringsvariant staat los van het lokale/regionale inkoopmodel. Hierin is de gemeente/regio ook vrij om zelf te bepalen hoe dit in te vullen. Mogelijke vormen zijn onder andere open house, aanbesteden en subsidie-trajecten.

Meer informatie over de uitvoeringsvarianten staat beschreven op de website van het Ketenbureau i-Sociaal Domein.[3]

[2] Handreiking-uitvoeringsvarianten-iwmo-en-ijw.pdf
[3] Drie uitvoeringsvarianten · Ketenbureau i-Sociaal Domein

2. Onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de inzet van de uitvoeringsvarianten door gemeenten in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en dan met name gericht op (de verschillen tussen) de inspanningsgerichte- en de taakgerichte uitvoeringsvariant.

Aan het onderzoek werken vier gemeenten mee die via de taakgerichte uitvoeringsvariant werken en vier gemeenten die middels de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant werken.

Daarbij is er gekozen voor een bredere variatie m.b.t. de inrichting van de uitvoeringsvariant waardoor er een groep is ontstaan van gemeenten:

- die al langer dezelfde uitvoeringsvariant (taakgericht of inspanningsgericht) hanteren
- die werken met een inkooporganisatie
- die in transitie zijn naar een andere uitvoeringsvariant of juist net een andere uitvoeringsvariant zijn gestart.

2.1 Doel onderzoek

De insteek van dit onderzoek is om op basis van het uitvoeringsproces bij de deelnemende gemeenten een kwantitatieve business case te maken. Op basis van de uitkomsten kunnen dan vervolgens de taakgerichte- en de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant tegen elkaar worden afgezet om te komen tot de gewenste inzichten rondom de inzet van de verschillende uitvoeringsvarianten.

Voorafgaand aan het onderzoek zijn onderstaande doelen geformuleerd:

- Door de uitvoering van deze Business Case met een kostenbatenanalyse (KBA) zicht krijgen op verschillende kosten en administratieve last van de taakgerichte en inspanningsgerichte uitvoering van maatschappelijke ondersteuning
- Zicht op besparing in administratieve last en kosten als gemeenten in plaats van inspanningsgericht- overstappen naar het taakgericht uitvoeren van maatschappelijke ondersteuning, en andersom, van maatschappelijke ondersteuning.
- Bij taakgerichte financiering wordt de hulp niet meer op individueel niveau bekostigd en verantwoord. Dit zou leiden tot een vermindering van administratieve lasten, minder berichtenverkeer en vooral een eenvoudigere verantwoording van kosten op budgetniveau. Deze vooronderstelling wordt via deze Business Case getoetst.
- Omdat er geen uniforme uitvoeringsvariant is uitgewerkt, worden de opbrengsten gemeten bij 3 gemeenten die al een aantal jaar de maatschappelijke ondersteuning taakgericht uitvoeren afgezet tegen een vergelijkbare gemeenten die al enkele jaren inspanningsgericht maatschappelijke ondersteuning financieren.

2.2 Onderzoeksvragen

Bij de onderzoeksdoelen zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Beschrijf de toepassing van uitvoeringsvarianten van de te onderzoeken gemeenten op het niveau van toegang, regionaal/landelijk ingekochte hulp en de hulp die tussen deze categorieën inzit.
2. Wat zijn de verschillen in tijd en kosten bij het toepassen van toewijzing, beschikken en declareren van maatschappelijke ondersteuning via inspanningsgerichte- en taakgerichte uitvoeringsvariant toegepast op 3 inspanningsgericht en 3 taakgerichte gemeenten?
3. Breng de totale kostenontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning per inwoner van de onderzochte gemeenten over de periode 2018-2022 in beeld.
4. Breng de mogelijke besparing in tijd of kosten in beeld bij de grootste aanbieders van de onderzochte inspanningsgerichte, en taakgerichte gemeenten. Beschrijf deze opbrengsten in termen van minder administratief personeel en een schatting van bespaarde tijd voor professionals.
5. Extrapoleer zo mogelijk de uitkomsten naar alle gemeenten in 3 categorieën (G4, 46 Wmo regio's minus G4) en de rest) als de taakgerichte uitvoeringvariant door allen zou worden ingevoerd, in termen van een optimaal scenario en een suboptimaal scenario (de bandbreedte van opbrengsten).

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen kan het volgende buiten scope worden gelaten:

- Het objectiveren van de kwaliteit van maatschappelijke ondersteuning.
- Transitiekosten die noodzakelijk zijn om de nieuwe werkwijze mogelijk te maken, bijvoorbeeld om ICT-systemen van de partners aan te sluiten op de gemeenschappelijke voorziening. Als de business case voldoende positief is, kunnen de transitiekosten op een later moment inzichtelijk gemaakt worden. De transitiekosten hebben overigens geen effect op de jaarlijkse kosten en baten, slechts op de terugverdientijd.
- Als gedurende het onderzoek blijkt dat het mogelijk is om de transitiekosten op een manier mee te nemen, of in ieder geval in kaart te brengen, zou dat wel van meerwaarde zijn.
- Ontwikkelkosten voor ICT.
- Beheerskosten, zowel voor ICT als voor het beheer van standaarden. Deze business case richt zich daarmee specifiek op het uitvoeren van activiteiten om taakgerichte financiering uit te voeren en te gebruiken.
- Aanvullende inspanningen om gebruik te maken van outcome indicatoren voor 'het goede gesprek' tussen gemeenten en aanbieders' als de governance van de uitvoering van de taakgerichte variant.

2.3 Deelnemers onderzoek

Onderstaande gemeenten, regionale inkooporganisaties en zorgaanbieders hebben een bijdrage geleverd aan dit onderzoek:

Gemeenten

- Gemeente Amersfoort, inspanningsgericht
- Gemeente Arnhem, inspanningsgericht
- Gemeente Apeldoorn, inspanningsgericht
- Gemeente Doetinchem, combinatie van taak- & inspanningsgericht
- Gemeente Emmen, taakgericht
- Gemeente Groningen, taakgericht
- Gemeente Hollands Kroon, taakgericht
- Gemeente Weert, inspanningsgericht

Inkooporganisaties

- Zorgregio Midden IJssel - Oost Veluwe, regionale zorginkoop voor o.a. Apeldoorn
- Sociaal Domein Centraal Gelderland, regionale zorginkoop voor o.a. Arnhem
- Midden Limburg West, regionale zorginkoop voor o.a. Weert
- Sociaal Domein Achterhoek, regionale zorginkoop voor o.a. Doetinchem

Zorgaanbieders

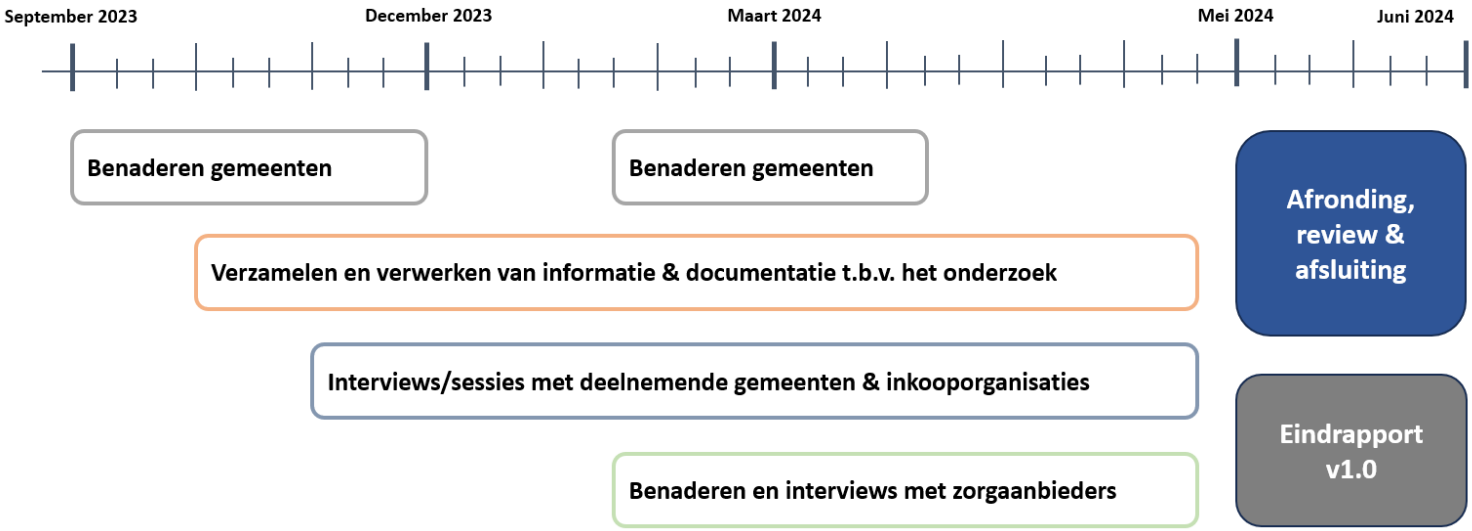
- AtHomeFirst, actief voor gemeenten Groningen en Emmen
- Elker, actief voor gemeente Groningen
- Incluzio Hollands Kroon, actief voor gemeente Hollands Kroon
- Land van Horne, actief voor gemeente Weert
- RIBW Arnhem en Veluwe Vallei, actief voor gemeente Arnhem
- Zozijn, actief voor gemeenten Apeldoorn, Doetinchem en Arnhem

Opmerking:
Vanuit iedere organisatie zijn er 1 of meerdere personen gesproken in het kader van dit onderzoek. In het geval van gemeenten die deelnemen aan een regionale inkooporganisatie waren er 1 of meerdere contactpersonen aangesteld die zowel informatie deelden met betrekking tot de werkwijze van de regionale inkooporganisatie als de deelnemende gemeenten.

3. Uitvoering onderzoek

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode september 2023 tot en met mei 2024.

Hieronder op hoofdlijnen het tijdspad met activiteiten:



Naast het onderzoek naar de inzet van de uitvoeringsvarianten in de Wmo, heeft er parallel een soortgelijk onderzoek plaatsgevonden voor de jeugdzorg. Om zo min mogelijk gemeenten te belasten met beide onderzoeken is er voor gekozen om gemeenten te benaderen met het verzoek om zowel mee te werken aan het Wmo- als het Jeugdzorg onderzoek.

Diverse gemeenten zijn in twee verschillende fases (*september-december & februari-maart*) benaderd met het verzoek om mee te werken aan beide onderzoeken. Door diverse redenen, zoals (eindejaar-) drukte, aanbestedingen, nieuwe contractrondes of de transitie naar een andere uitvoeringsvariant, bleek het noodzakelijk voor het onderzoek om in 2024 nogmaals een aantal gemeenten te benaderen met het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek.

Ondanks dat iedere gemeente, inkooporganisatie en zorgaanbieder het eigenlijk het gehele jaar door druk heeft, hebben uiteindelijk 18 enthousiaste organisaties meegewerkt aan dit onderzoek.

Met deze organisaties is de afspraak gemaakt dat zij vooraf bepaalde specifieke informatie beschikbaar stellen ten behoeve van het onderzoek, zodat er op een effectieve wijze via korte interviews/sessies gericht vragen gesteld kunnen worden om de gewenste informatie met inzichten op te halen die bijdraagt aan het onderzoek. Op deze wijze is er voor gezorgd dat ieders tijd zo goed mogelijk gebruikt is en dat de inspanning aan de zijde van de gemeente, inkooporganisatie en zorgaanbieder beperkt blijft tot het minimale.

3.1 Oorspronkelijk plan niet haalbaar

Gedurende het onderzoek werd al snel duidelijk dat het oorspronkelijke doel om te komen tot een kwantitatieve business case niet haalbaar was en dat het plan bijgesteld moest worden om te komen tot waardevolle inzichten voor het '*Houdbaarheidsonderzoek WMO*'. Dit inzicht kwam voort uit de interviews met gemeenten en het analyseren van de ontvangen en gedownloade informatie.

Hieronder de vier belangrijkste oorzaken voor het bijstellen van het oorspronkelijke plan:

1. Verschillende invulling binnen dezelfde uitvoeringsvariant
Het bleek al snel dat gemeenten verschillende varianten gebruiken bij de uitvoering van de Wmo en deze ook vanuit de eigen beleidsvrijheid naar eigen smaak inrichten. Dit leidt tot verschillen tussen gemeenten die dezelfde uitvoeringsvariant hanteren.

Een voorbeeld hiervan is de invulling van de taakgerichte variant door Hollands Kroon in vergelijking met de invulling van Emmen en Groningen. De invulling van Emmen en Groningen is grotendeels gelijk qua uitvoeringsproces met een aparte toegang tot de zorg en daarbij de zorglevering door een aantal zorgaanbieders (hoofdaannemers) verdeeld over de stad, terwijl Hollands Kroon zowel de toegang als de zorglevering bij één organisatie (hoofdaannemer) heeft belegd.

2. Gemeenten in transitie
De verschillen bij de gemeenten die met de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant werken, zijn minder groot. Alleen speelt hier dat gemeenten (bijvoorbeeld Amersfoort, Weert en Doetinchem) op dit moment in een transitiefase zitten of net hebben afgerond naar een andere uitvoeringsvariant. Deze transitie neemt een extra belasting mee qua werkzaamheden waardoor de huidige situatie qua uitvoering niet representatief is voor het onderzoek.

3. Kostenoverzicht 2018-2022
Het blijkt dat het niet voor alle gemeenten of inkooporganisaties eenvoudig is om het kostenoverzicht op te stellen en beschikbaar te stellen. Zo waren er een paar gemeenten die de informatie over alle jaren konden aanleveren, maar er waren ook gemeenten die niet konden aanleveren, of alleen voor bepaalde zorgvormen of alleen voor een bepaald aantal jaar in plaats van de benodigde 5 jaar.

De gewenste informatie m.b.t. de zorgkosten en het aantal cliënten over de periode 2018-2022 was voor sommige gemeenten namelijk veel gedetailleerder dan hetgeen gebruikt wordt in financiële rapportages of aangeleverd wordt voor regionale of landelijke rapportages/monitoren, zoals bijvoorbeeld aan het CBS voor de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein.

Daarbij werd uit de analyse van de kosten ook inzichtelijk dat niet alle gemeenten op dezelfde wijze de kosten en cliënten in hun eigen administratie verwerken. Hierdoor waren er bij de gemeenten grote verschillen zichtbaar bij de kosten voor de verschillende zorgvormen en het aantal cliënten in de ontvangen kostenoverzichten. Deze grote verschillen zijn zowel zichtbaar tussen gemeenten met verschillende uitvoeringsvarianten als bij gemeenten die met dezelfde

uitvoeringsvariant werken. Het zou te veel belasting zijn voor gemeenten om de opbouw van de kosten nog dieper te specificeren om vanuit daar weer opnieuw de kosten op te bouwen en te komen tot de gewenste inzichten.

4. Uitvoeringsproces
Ook is tijdens het onderzoek gebleken dat het administratieve proces bij zowel gemeenten met de taakgerichte uitvoeringsvariant als bij gemeenten de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant voor het grootste gedeelte hetzelfde is ingericht. Alleen qua invulling van de rollen en daarbij horende verantwoordelijkheden verschilt.

Zo hebben alle gemeenten, op Weert na, de toegang tot de zorg uitbesteed aan een organisatie die hier speciaal voor is opgericht. Daarnaast hebben de inspanningsgerichte gemeenten te maken met veel gecontracteerde zorgaanbieders, terwijl bij de taakgerichte gemeenten deze activiteit verschoven is naar de gecontracteerde zorgaanbieder(s) die als hoofdaannemer veel gecontracteerde zorgaanbieders (onderaannemers) hebben. Ditzelfde geldt ook voor de bekostiging. De inspanningsgerichte gemeenten bekostigen de gecontracteerde zorgaanbieders P*Q. De hoofdaannemers in de taakgericht uitvoeringsvariant financieren op dit moment de onderaannemers ook voornamelijk nog op basis van P*Q, ondanks het streven van de hoofdaannemers om hun onderaannemers lumpsum te bekostigen.

Dit zorgt ervoor dat er bij alle deelnemers aan het onderzoek een verdeling is van activiteiten via veel schakels met diverse uitvoeringsorganisaties binnen beide uitvoeringsvarianten. Tussen deze schakels vinden er allerlei onderlinge gegevensuitwisselingen plaats om elkaar te voorzien van informatie rondom de toegang, toewijzen, zorglevering, kwaliteit, verantwoording en bekostiging.

3.2 Bijgesteld plan

Ondanks dat de opgehaalde informatie uit de interviews en documentatie niet zou leiden tot een kwantitatieve business case, kwamen er wel veel interessante zaken aan het licht in de eerste fase van het onderzoek.

Naast de verschillende manieren van het inrichten van de uitvoeringsvariant door gemeenten/regio's, bleek dat veel gemeenten in transitie zijn/waren of dat er ideeën spelen om over te stappen naar een andere uitvoeringsvariant. Ook liep er in bijna iedere gemeente/regio een kostprijs- en/of tariefonderzoek. Of dat de ene gemeente/regio in de relatie met zorgaanbieders meer bezig is met partnerschap, terwijl de andere vol inzet op meer controle. Deze lokale en regionale verschillen leiden ook weer bij grote zorgaanbieders tot verschillende registraties en verantwoordingen.

Deze inzichten hebben er toe geleid dat besloten is om het doel van het onderzoek te verleggen van een kwantitatief onderzoek naar een kwalitatief onderzoek. Hierdoor zijn een aantal onderzoeksvragen komen te vervallen, één herschreven en zijn er nieuwe vragen bijgekomen.

Herschreven onderzoeksvraag

- Beschrijf de toepassing van uitvoeringsvarianten van de te onderzoeken gemeenten op het niveau van toegang, regionaal/landelijk ingekochte hulp en de hulp die tussen deze categorieën inzit.

Herschreven naar:

1. Geef per gemeente de gekozen inrichting qua uitvoering op eenvoudige wijze visueel weer, inclusief een beknopte toelichting van de lokale/regionale invulling van de rollen en verantwoordelijkheden.

Vervallen onderzoeksvragen

- Wat zijn de verschillen in tijd en kosten bij het toepassen van toewijzing, beschikken en declareren van maatschappelijke ondersteuning via inspanningsgerichte- en taakgerichte uitvoeringsvariant toegepast op 3 inspanningsgericht en 3 taakgerichte gemeenten?
- Breng de totale kostenontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning per inwoner van de onderzochte gemeenten over de periode 2018-2022 in beeld.
- Breng de mogelijke besparing in tijd of kosten in beeld bij de grootste aanbieders van de onderzochte inspanningsgerichte, en taakgerichte gemeenten. Beschrijf deze opbrengsten in termen van minder administratief personeel en een schatting van bespaarde tijd voor professionals.
- Extrapoleer zo mogelijk de uitkomsten naar alle gemeenten in 3 categorieën (G4, 46 Wmo regio's minus G4) en de rest) als de taakgerichte uitvoeringvariant door allen zou worden ingevoerd, in termen van een optimaal scenario en een suboptimaal scenario (de bandbreedte van opbrengsten).

Nieuwe onderzoeksvragen

2. Beschrijf de afspraken tussen hoofd- en onderaannemers bij de taakgerichte variant, met de vraag of deze relatie meer inspanningsgericht dan wel taakgericht is ingevuld.
3. Beschrijf hoe de vrij-gevestigden wel/niet en zo ja op, welke wijze, worden gefinancierd door de taakgerichte en inspanningsgerichte onderzochte gemeenten.
4. Beschrijf de verschillen in de uitvoering Wmo tussen de taakgerichte- en inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.
5. Welke activiteiten leiden tot meer (onnodige) administratieve lasten bij de taakgerichte en inspanningsgerichte onderzochte gemeenten?
6. Waar kan de inzet van (landelijke) standaarden mogelijk de administratieve lasten verlagen bij de taakgerichte en inspanningsgerichte onderzochte gemeenten?

4. Totale kosten Wmo 2018-2022 (CBS)

Gemeenten stellen twee keer per jaar gegevens over de Wmo beschikbaar voor de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein aan het CBS. Deze gegevens worden vervolgens door het CBS verwerkt en gepubliceerd op CBS StatLine. Hier kan bijvoorbeeld bekeken worden welke kosten er per welke gemeente over een bepaalde periode gemaakt zijn met betrekking tot de Wmo.

Deze informatie is helaas niet zo gedetailleerd als het in hoofdstuk 3 benoemde gewenste kostenoverzicht voor dit onderzoek. Maar met deze informatie is wel per gemeente de totale Wmo kosten over de periode 2018-2022 inzichtelijk. Door hierbij ook de inwonersaantallen per 2022 te vermelden, geeft dit ook direct inzicht in de onderlinge verhoudingen tussen de gemeenten die aan dit onderzoek deelnemen.

CBS StatLine: overzicht deelnemende gemeenten

Maatwerkvoorzieningen: type Totaal

	Gerealiseerde uitgaven					
	2018	2019	2020	2021	2022*	Aantal inwoners in 2022
	1 000 euro					
Amersfoort	64 024	65 703	70 599	61 103	55 033	± 159.000
Apeldoorn	78 509	84 018	84 485	65 406	68 761	± 166.000
Arnhem	98 860	102 941	101 557	70 964	69 128	± 164.000
Doetinchem	36 423	43 118		34 774	34 568	± 59.000
Emmen	52 281	52 692	53 786	43 591	43 368	± 108.000
Groningen (gemeente)	92 420	97 150	115 419	100 738	102 166	± 235.000
Hollands Kroon	4 304	4 787	5 334	6 136	6 658	± 49.000
Weert	9 623	11 185	11 782	12 483	12 811	± 50.000

Bron: CBS

Bovenstaande inzichten rondom de Wmo zijn openbaar en te vinden op de website van het CBS[4].

Op dit moment is er geen mogelijkheid om de genoemde Wmo kosten verder te specificeren en te analyseren. Dit overzicht heeft specifiek als doel om de kostensituatie bij de deelnemende gemeenten weer te geven op basis van de aanlevering aan het CBS.

[4] https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/

5. Uitvoering Wmo

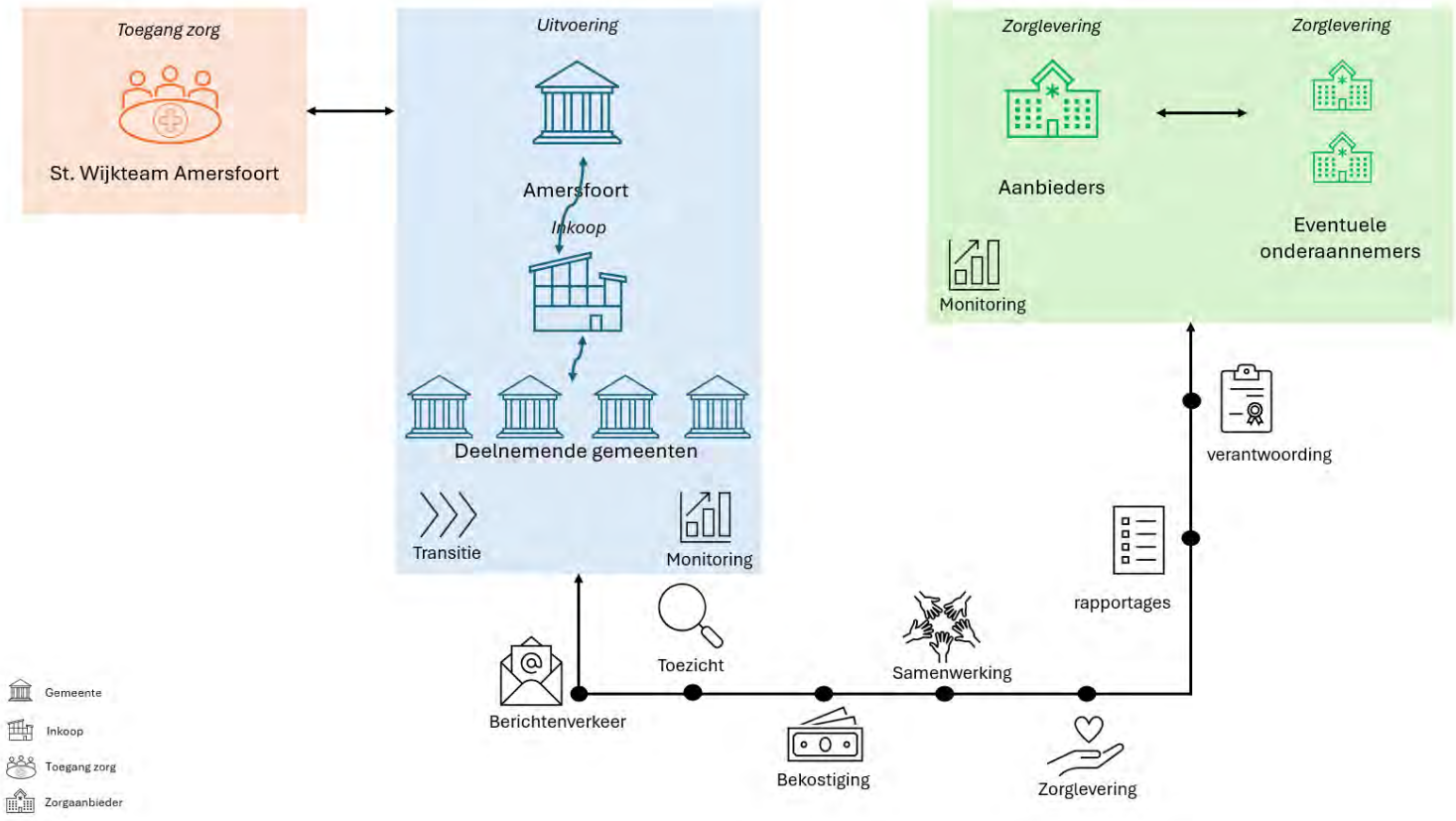
Onderzoeksvraag 1:
Geef per gemeente de gekozen inrichting qua uitvoering op eenvoudige wijze visueel weer, inclusief een beknopte toelichting van de lokale/regionale invulling van de rollen en verantwoordelijkheden.

Om inzicht te geven in de gekozen inrichting qua uitvoering, is het proces van iedere deelnemende gemeente op eenvoudige wijze visueel weergegeven. Dit is inclusief een beknopte toelichting van de lokale/regionale invulling van de rollen en verantwoordelijkheden.

5.1 Gemeente Amersfoort

De gemeente Amersfoort koopt Wmo in voor de regio Amersfoort/Eemland. Dit betreffen de gemeenten: Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Eemnes, Leusden, Nijkerk, Soest en Woudenberg.

Inrichting inspanningsgerichte uitvoeringsvariant sinds 2023, daarvoor resultaatgericht.



Zorginkoop

De huidige contracten lopen nog tot 2025 en daar is ook nog eventuele verlenging op mogelijk. Deze verlening is niet wenselijk aangezien de gemeente, net als eerder al voor de jeugdzorg, ook voor de Wmo de overgang naar taakgerichte bekostiging wil maken.

De gemeente Amersfoort heeft in 2023 al een eerste poging ondernomen via een inkooptraject. Alleen heeft dit traject moeten afbreken doordat een belangrijke zorgaanbieder in de regio zich terugtrok uit het aanbestedingstraject. Op dit moment is een nieuw inkooptraject in voorbereiding, waarbij ook een nieuw kostprijs-/tariefonderzoek voor is uitgevoerd.
Niet alle zorg wordt voor de hele regio ingekocht. Huishoudelijke Hulp koopt Amersfoort alleen voor zichzelf in.



Toegang tot de zorg
De toegang tot de zorg start in bijna alle gevallen via stichting Wijkteam Amersfoort. In heel uitzonderlijke gevallen start zorg direct bij de zorgaanbieder. Amersfoort indiceert en wijst Wmo toe aan een zorgaanbieder op basis van een verzoek om toewijzing vanuit betreffende zorgaanbieder of via een verzoek vanuit een wijkteam.



Zorgverlening
Amersfoort heeft met zorgaanbieders de afspraak gemaakt dat toegewezen zorg niet geweigerd mag worden. Uiteraard zijn er wel af en toe uitzonderingen. Voor sommige hulpvragen is een wachtlijst. In het geval van huishoudelijk hulp is er een overaanbod en daardoor geen wachtlijst. Als een zorgaanbieder 12 maanden geen zorg verleent, dan wordt het contract beëindigd.



Bekostiging zorg
Gemeente Amersfoort financiert de gecontracteerde zorgaanbieders met P*Q bekostiging op basis van ontvangen declaraties.



Samenwerking
Amersfoort heeft regelmatig afstemming met zorgaanbieders over de uitvoering van de Wmo, de zorgkosten en de naleving van de contractuele afspraken. Zo zijn er ook zowel fysiek als digitaal overleggen met alle zorgaanbieders. Daarnaast zijn er ook verschillende niveaus overleggen, zoals bijvoorbeeld het strategisch overleg met de wethouder en grote zorgaanbieders.



Verantwoording & rapportages
Amersfoort verwacht van de zorgaanbieders diverse financiële rapportages naast de kwartaalrapportages en de jaarrekening, zoals bijvoorbeeld een FTE overzicht met daarin de inzet & aantallen.



Daarnaast zijn er KPI's opgesteld die o.a. gericht zijn op verbeteringen in de Wmo en de geleverde Wmo, maar die ook betrekking hebben op bijvoorbeeld het budget rondom de coördinatiekosten/overheadskosten.



Zorglevering
Alle soorten Wmo gaan rechtstreeks via de gemeente Amersfoort en worden in het geval van zorg in natura, door de gecontracteerde zorgaanbieders uitgevoerd.



Berichtenverkeer

Amersfoort maakt gebruik van het berichtenverkeer om informatie uit te wisselen met zorgaanbieders. Alle berichten binnen de iStandaarden worden hierbij ingezet. Werken conform het landelijk Standaard Administratie Protocol is verplicht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van in totaal 44 productcodes.



Monitoring

Op diverse manieren vindt bij Amersfoort monitoring plaats op de uitvoering van de Wmo. Dit betreft onder andere via het berichtenverkeer en de eigen systemen. Daarnaast levert iedere gemeente de eigen administratie aan richting de centrale regionale monitor.



Toezicht

Het toezicht op de kwaliteit van de Wmo is door Amersfoort belegd bij de GGD regio Utrecht (GGDrU). Er is een calamiteitenprotocol opgesteld en deze staat op de website van de GGDrU.

Daarnaast is er ook een meldpunt ingesteld waar iedereen met klachten/onveilige situaties hiervan een melding kan maken.



Taakgerichte uitvoeringsvariant vanaf 1-1-2024[5]

Voorafgaand aan het afgebroken inkooptraject van resultaatgerichte bekostiging (outputgericht) naar de gewenste taakgerichte bekostiging, heeft de regio Amersfoort in 2021-2022 een onderzoek laten uitvoeren naar wat het beste bij de regio past qua gewenste transformatie van de jeugdzorg én de Wmo.

Binnen de regio Amersfoort was het de wens om de beweging te maken van zwaar intensieve hulp en ondersteuning naar lichtere vormen van ambulante hulp, van licht ambulant naar algemeen voorliggende voorzieningen en van verblijf naar thuis. Deze beweging ziet de regio Amersfoort als de transformatie. De gemeenten zijn van mening dat ze daar met de huidige contracten onvoldoende in slaagden.

De beweging 'van zwaar naar lichter en van verblijf naar thuis' vraagt om bundeling van kennis en expertise van professionals en sterke netwerken. Ook is het van belang dat snel de benodigde intensiteit van hulp kan worden ingezet, zonder steeds tussen organisaties te moeten wisselen. En zonder dat steeds nieuwe beschikkingen nodig zijn. Hierbij helpt duurzaam partnerschap en een overzichtelijk landschap met minder aanbieders van hulp en ondersteuning. De gemeenten in de regio Amersfoort hebben daarnaast een eenduidige aansturing op de gestelde prioriteiten voor ogen en een op elkaar aanvullende werkwijze. Volgens de regiogemeenten past bij dit alles de taakgerichte werkwijze het beste.

[5] Bron: Infoblad 2 - Taakgericht werken (versie 9 mei 2022)

Financiën nooit de drijfveer
Binnen de regio Amersfoort is financiële besparing niet de drijfveer geweest om te kiezen voor het taakgericht werken; dé drijfveer is het organiseren van goede ondersteuning dichtbij. En daarnaast: het met elkaar realiseren van de gewenste transformatie. De ervaringen van andere gemeenten en regio's die werken met deze uitvoeringsvariant, versterken dit uitgangspunt

Overstap naar taakgericht
Hieronder de beweegredenen voor het inzetten van de transitie beknopt weergegeven:

Wat pleit voor taakgericht?

- Maatwerk voor de cliënt, doordat het mogelijk is om het best passende pakket met hulp en/of ondersteuning samen te stellen.
- Ruimte voor professionals om te doen wat nodig is voor de cliënt.
- Betere afstemming en regie, door inzet vanuit gebiedsteams jeugd / expertiseteams Wmo en niet vanuit een veelheid van gecontracteerde aanbieders.
- Mogelijkheid tot prioriteren (complexe vraagstukken krijgen voorrang).
- Samen verantwoordelijk voor het geheel.
- Doorontwikkeling gebiedsgericht werken.
- Lagere administratieve lasten.
- Financiële beheersbaarheid, doordat de hulp en ondersteuning binnen een vooraf afgesproken budget wordt uitgevoerd.

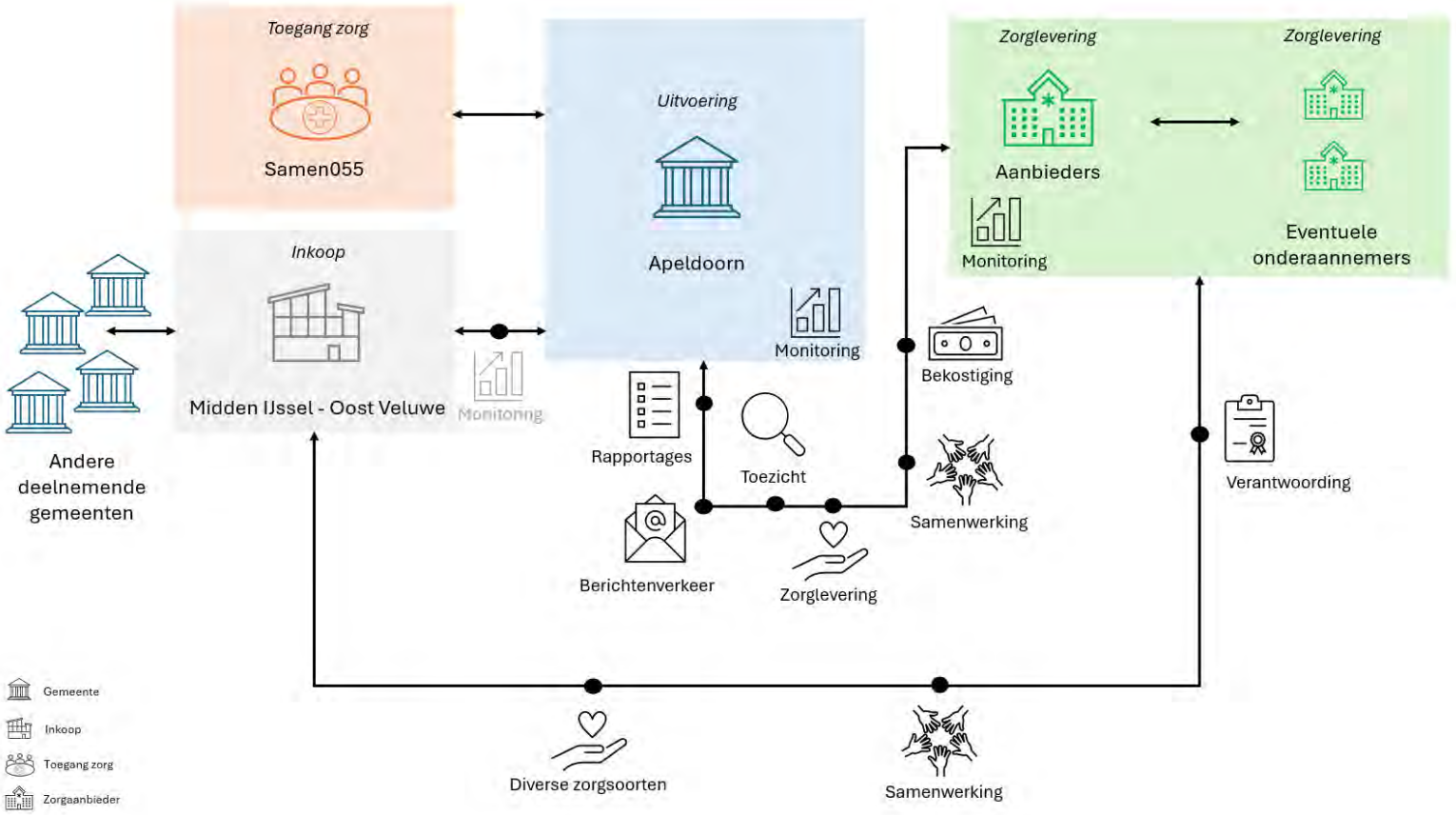
Waarom afscheid nemen van inspanningsgericht (PxQ)?

- Maatwerk is minder goed mogelijk, doordat de hulp en ondersteuning erg specifiek omschreven is. Voor elke wijziging is bovendien een nieuwe beschikking nodig.
- Vanwege de enorme hoeveelheid gecontracteerde partijen is het lastig om goede afspraken te maken.
- Niemand is eigenaar van het geheel.
- Veel administratieve lasten door gedetailleerde beschikkingen, mutaties, veel berichtenverkeer, etc.
- Uitgaven zijn vooraf niet te voorspellen.
- Aanbieders ervaren een financiële prikkel (hoe langer een traject duurt of hoe zwaarder een traject is, hoe meer omzet voor de aanbieder).

5.2 Gemeente Apeldoorn

De gemeente Apeldoorn is voor het inkopen van Wmo aangesloten bij de inkooporganisatie Sociaal Domein Midden IJssel – Oost Veluwe (MIJOV) en heeft Centrum voor Jeugd en Gezin voor de toegang tot de Wmo.

Inrichting inspanningsgerichte uitvoeringsvariant



Zorginkoop

De zorginkoop vanuit Apeldoorn vindt plaats via MIJOV op basis van een Open House contract met zorgaanbieders. Er is 1 inschrijfmoment per half jaar (1 juli of 1 januari). Dit zijn langdurige contracten van 3 tot maximaal 9 jaar. Een contract kan 3 keer verlengd worden met 2 jaar. Hierdoor zijn er ook haast geen hoofdaannemer – onderaannemer constructies. MIJOV koopt namens Apeldoorn alle zorg in rondom de Wmo.

In de regio is een nieuw kostprijs-/tariefonderzoek in voorbereiding. Bij dit onderzoek worden aanbieders nauw betrokken en geïnformeerd over de voortgang. Tevens is er ook een nieuw inkooptraject per 2026 in voorbereiding.



Toegang tot de zorg

De toegang tot de zorg loopt voornamelijk via de wijkteams van Samen055. Op basis van een verzoek om toewijzing vanuit een zorgaanbieder indiceert en wijst de gemeente Apeldoorn de zorg toe aan betreffende zorgaanbieder.



Zorgverlening

Apeldoorn heeft ongeveer 555 zorgaanbieders gecontracteerd. Hiermee is afgesproken dat zorg in principe niet kan worden geweigerd, uitzonderingen daar gelaten.

Wachttijden zijn op dit moment via de websites van de zorgaanbieders beschikbaar.



Bekostiging zorg

Gemeente Apeldoorn financiert de gecontracteerde zorgaanbieders met P*Q bekostiging op basis van ontvangen declaraties.



Samenwerking

Zowel Apeldoorn als MIJOV heeft regelmatig afstemming met zorgaanbieders over de uitvoering van de Wmo, de zorgkosten en de naleving van de contractuele afspraken.



Verantwoording & rapportages

Bij afsluiting van het boekjaar verstrekt opdrachtnemer aan opdrachtgever per gemeente een productieverantwoording over de uitgevoerde werkzaamheden, gewaardeerd tegen het afgesproken tarief (zie hiervoor de gecontracteerde dienstverlening), in het format met de daarbij behorende termijnen zoals landelijk afgestemd en gepubliceerd op website i-Sociaaldomein (landelijk protocol), indien opdrachtgever daar om vraagt.



Er worden contractgesprekken gevoerd met circa 35 grootste zorgaanbieders. Zorgaanbieders leveren periodiek informatie aan over de resultaatindicatoren uitval, cliënttevredenheid, financiën en doelrealisatie en middels de declaraties via het berichtenverkeer (iSD-keten).



Zorglevering

Alle soorten Wmo gaan rechtstreeks via de gemeente Apeldoorn en worden in het geval van zorg in natura, door de gecontracteerde zorgaanbieders uitgevoerd.



Berichtenverkeer

Apeldoorn maakt gebruik van het berichtenverkeer om informatie uit te wisselen met zorgaanbieders. Alle berichten binnen de iStandaarden worden hierbij ingezet. Werken conform het landelijk Standaard Administratie Protocol is verplicht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van in totaal 56 productcodes.



Monitoring

Apeldoorn heeft monitoring ingericht t.b.v. de uitvoering van de Wmo, maar dit is alleen lokaal. Op dit moment loopt er ook regionaal bij MIJOV een aanbesteding voor een regionale monitor voor de invulling en inrichting van monitoring. Dit betreft een samenwerking tussen MIJOV en de deelnemende gemeenten. De gemeenten moeten voor deze inrichting ook bepaalde data/informatie beschikbaar gaan stellen.



Toezicht

'Toezicht regionaal' voert onderzoek uit naar de kwaliteit en rechtmatigheid van geboden Wmo. Hier is naast de gemeente Apeldoorn ook o.a. de gemeente Doetinchem ook bij aangesloten. Er zijn zowel toezichthouders rechtmatigheid als toezichthouders kwaliteit aangesteld. Deze toezichthouders werken nauw samen.

Het toezicht voert onderzoek uit naar de kwaliteit en rechtmatigheid van geboden (Jeugd-, Wmo-, MO/BW-) zorg.

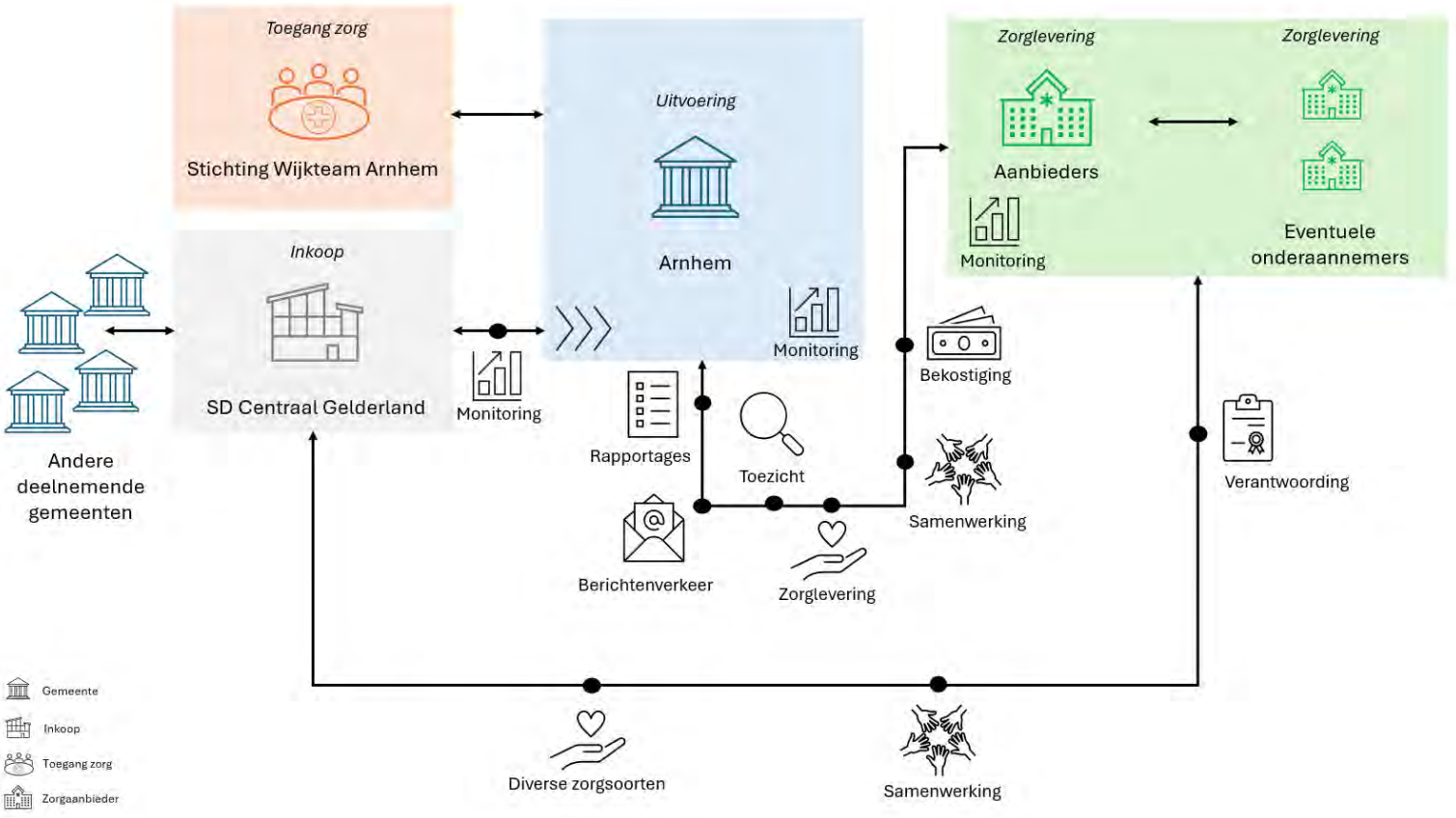
Voor het toezicht op kwaliteit wordt ook samengewerkt met een toezichthouder Wmo van GGD Noord- en Oost-Gelderland.

Ook kan iedereen via Meldpunt Sociaal een melding maken van een onveilige situatie of een klacht als iemand vastloopt.

5.3 Gemeente Arnhem

De gemeente Arnhem is voor het inkopen van Wmo aangesloten bij de inkooporganisatie Sociaal Domein Centraal Gelderland (SDCG). Binnen de gemeente is een project gestart om, als eerste voor de zorgvorm begeleiding (Jeugdwet en Wmo), over te stappen naar de taakgerichte uitvoeringsvariant in de vorm van wijknetwerken, waarbij enkele grote zorgaanbieders de strategische partners worden voor het verlenen van de zorg.

Inrichting inspanningsgericht uitvoeringsvariant



Zorginkoop

De zorginkoop vanuit Arnhem vindt plaats via SDCG op basis van een semi-Open House contract met zorgaanbieders. Dit betekent dat er niet ieder jaar een inschrijfmoment is, maar een mogelijk moment van tussentijdse openstelling om in te schrijven. Dit zijn langdurige contracten van 4 jaar tot een theoretisch onbeperkte looptijd. Hierdoor zijn er weinig hoofdaannemer – onderaannemer constructies. SDCG koopt niet alle Wmo zorg voor de aangesloten gemeenten in. Gemeenten kopen zelf ook lokaal Wmo zorg in. Voorbeelden hiervan zijn: woningaanpassingen, trapliften en hulpmiddelen (bijv. rolstoelen).

Er is net een kostprijs-/tariefonderzoek afgerond op basis waarvan de tarieven per 1 april 2024 aanvullend zijn geïndexeerd.



Toegang tot de zorg

De toegang tot de zorg verloopt, op uitzonderingen na, voornamelijk via de stichting Wijkteams Arnhem. De gemeente Arnhem indiceert en wijst Wmo toe aan een zorgaanbieder via een verzoek vanuit het wijkteam.



Zorgverlening

Arnhem heeft op dit moment 197 Wmo zorgaanbieders. Hiermee is afgesproken dat zorg in principe niet kan worden geweigerd, uitzonderingen daar gelaten. Als een zorgaanbieder 12 maanden geen zorg verleent, dan kan het contract worden beëindigd.



Bekostiging zorg

Gemeente Arnhem financiert de gecontracteerde zorgaanbieders via P*Q bekostiging op basis van ontvangen declaraties. De declaraties worden door Verdergroep (voorheen: Zorg-Lokaal) afgehandeld.



Samenwerking

Arnhem heeft regelmatig via 'overlegtafels' afstemming met zorgaanbieders over de uitvoering van de Wmo, de zorgkosten en de naleving van de contractuele afspraken. Zo is er jaarlijks een groot overleg met alle zorgaanbieders in bijvoorbeeld Burgers' Zoo. Ook is periodiek strategisch overleg tussen de wethouder en grote zorgaanbieders. En er vinden ook voortgangsgesprekken plaats tussen de regionale inkooporganisatie en zorgaanbieders.



Verantwoording & rapportages

Van gecontracteerde zorgaanbieders wordt door Arnhem regelmatig informatie gevraagd. Het gaat dan om verantwoordingen zoals het aanleveren van een rapportage met daarin de outcome-indicatoren: uitval, cliënttevredenheid en doelrealisatie.



Daarbij moeten zorgaanbieders jaarlijks verplicht een productieverantwoording aanleveren die bij een bepaalde omzet voorzien moet zijn van een accountantsverklaring en, als door de regionale inkooporganisatie verzocht, een jaarrekening.

Zorgaanbieders moeten voldoen aan bepaalde kwalificaties en erkenningen. Dit geldt ook voor onderaannemers.



Zorglevering

Alle soorten Wmo gaan rechtstreeks via de gemeente Arnhem en worden in het geval van zorg in natura, door de gecontracteerde zorgaanbieders uitgevoerd.



Berichtenverkeer
Arnhem maakt gebruik van het berichtenverkeer om informatie uit te wisselen met zorgaanbieders. Alle berichten binnen de iStandaarden worden hierbij ingezet. Werken conform het landelijk Standaard Administratie Protocol is verplicht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een set productcodes per zorgvorm.



Monitoring
Arnhem heeft interactieve dashboards ingericht t.b.v. de monitoring van de Wmo. Via deze dashboards wordt inzicht gecreëerd rondom o.a. de levering van zorg, maar ook of het berichtenverkeer goed verloopt.



Toezicht
Er is een regionaal meldpunt ingericht. Meldingen over mogelijk tekortschietende zorg, fouten of fraude bij zorgaanbieders komen terecht bij het regionale meldpunt. Een regionale kwaliteitscommissie, waarin onder meer toezichthouders kwaliteit en toezichthouders rechtmatigheid zitten, beoordelen een melding.

Arnhem heeft zelf ook toezichthouders voor de rechtmatigheid. De Toezichthouders Rechtmatigheid kijken of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet goed worden nageleefd door zorgaanbieders.

De gemeente Arnhem kan rechtmatigheidsonderzoeken uitvoeren bij zorgaanbieders als er signalen of aanwijzingen zijn dat de zorg niet rechtmatig gedeclareerd wordt. De afgeronde onderzoeken worden zoveel mogelijk openbaar[6] gemaakt.



Transitie
Binnen de gemeente loopt een project om de overstap te maken van de inspanningsgerichte- naar de taakgerichte uitvoeringsvariant. Het is de bedoeling om deze transitie gefaseerd per zorgvorm te laten verlopen. Als eerst wordt er gestart met de zorgvorm begeleiding (Jeugdwet en Wmo).

De invulling van de taakgerichte uitvoeringsvariant zal worden vormgegeven door middel van wijknetwerken voor zorg & welzijn. Deze wijknetwerken bestaan uit sociale wijkteams, voorliggende voorzieningen in de sociale basis en gecontracteerde zorgaanbieders. Deze gecontracteerde zorgaanbieder worden gezien als de strategische partners van de gemeente voor het verlenen van de zorg.

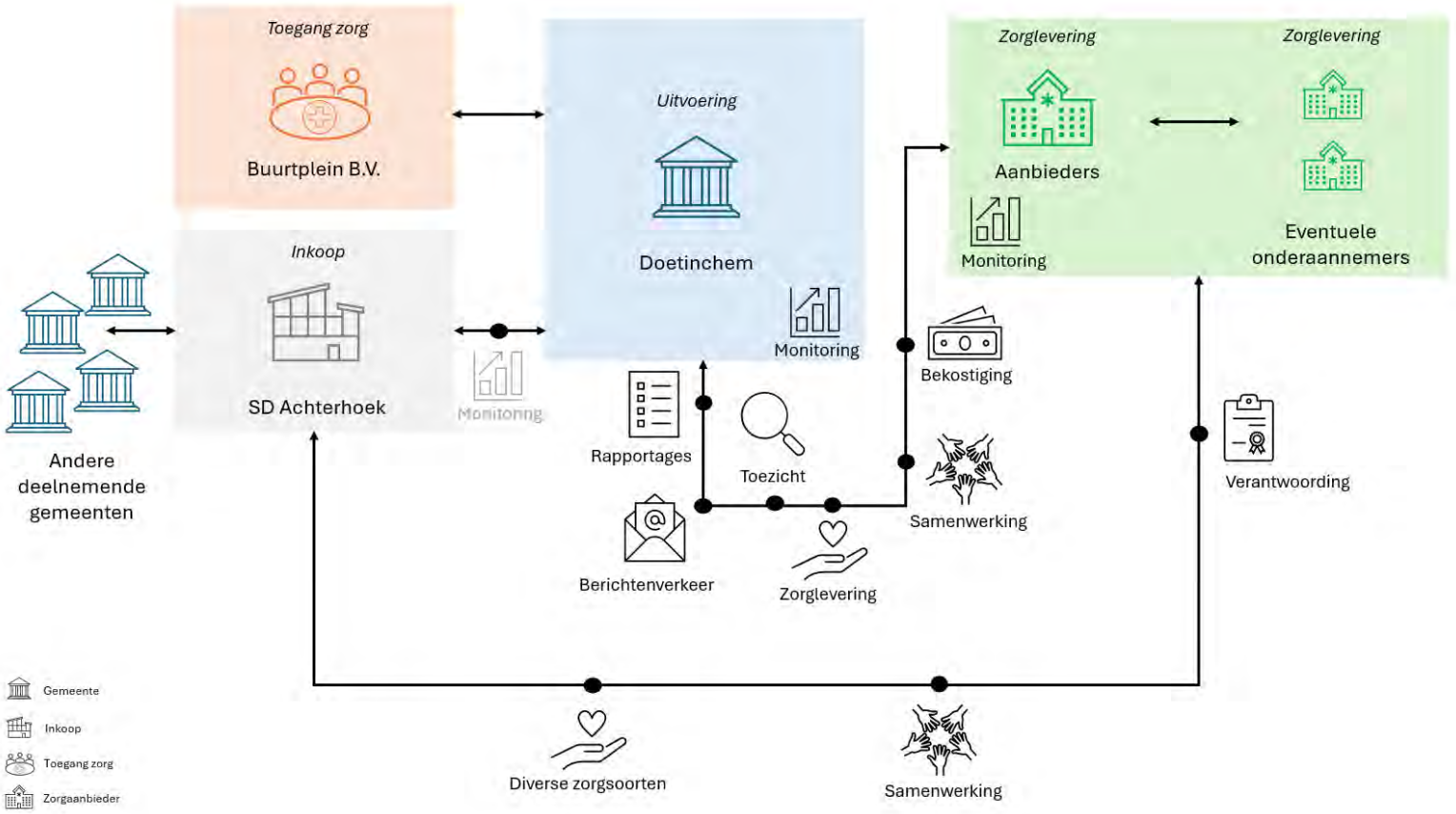
Per wijk wordt een operationeel netwerk ontwikkeld waarin een beperkt aantal jeugdhulp- en Wmo aanbieders samenwerken met welzijnsorganisaties, collectieve voorzieningen en de sociale wijkteams. Arnhem wil hiermee kortere lijnen creëren tussen de ondersteuningsvragen van inwoners en het beschikbare aanbod. De deelnemers in het wijknetwerk zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het bieden van de passende begeleiding.

[6] https://www.arnhem.nl/rechtmatigheidsonderzoeken

5.4 Gemeente Doetinchem

De gemeente Doetinchem is voor het inkopen van Wmo aangesloten bij de inkooporganisatie Sociaal Domein Achterhoek (SDA).

Inrichting taakgerichte/inspanningsgerichte uitvoeringsvariant



Zorginkoop

De zorginkoop vanuit Doetinchem vindt plaats via SDA op basis van aanbesteding worden contracten met zorgaanbieders afgesloten. Dit betreffen langdurige contracten tot maximaal 7 jaar. SDA koopt namens Doetinchem alle zorg in rondom de Wmo.

Er is een nieuw kostprijs-/tariefonderzoek in voorbereiding.

Toegang tot de zorg

De toegang tot de zorg loopt via non-profit organisatie Buurtplein B.V. in de gemeente Doetinchem. Doetinchem indiceert en wijst Wmo toe aan een zorgaanbieder op basis van een verzoek vanuit Buurtplein.



Zorgverlening
De regio heeft rond de 55 gecontracteerde zorgaanbieders, waaronder meerdere hoofdaannemer – onderaannemer constructies. Met de zorgaanbieders is afgesproken dat zorg in principe niet kan worden geweigerd, uitzonderingen daar gelaten.



Bekostiging zorg
Gemeente Doetinchem voert nog tot eind van het jaar een lumpsum systematiek, wat in de praktijk meer lijkt op een P*Q bekostiging.



Samenwerking
Er is veel overleg met zorgaanbieders. In het groot bestuurlijk overleg worden alle zorgaanbieders, bestuurders van gemeenten en contractmanagers uitgenodigd, daarnaast is er ook nog het klein bestuurlijk overleg. Naast de bestuurlijke overleggen zijn zorgaanbieders ook aangesloten bij de andere initiatieven zoals de ontwikkeltafel, waarbij gezamenlijk met zorgaanbieders vraagstellingen die voortvloeien uit de transformatiegedachte worden opgepakt en vertaald naar opgaven in de accountteams per segment.



Verantwoording & rapportages
Zorgaanbieders zijn verplicht om jaarlijks de accountant-controleverklaring en financiële productieverklaringen aan te leveren volgens verantwoordingsformat van het Ketenbureau. Ook zijn aanbieders verplicht een cliënt-ervaringsonderzoek af te nemen.



Zorgaanbieders moeten voldoen aan bepaalde kwalificaties en erkenningen. Dit geldt ook voor onderaannemers.



Zorglevering
Alle soorten Wmo gaan rechtstreeks via de gemeente Doetinchem en worden in het geval van zorg in natura, door de gecontracteerde zorgaanbieders uitgevoerd.



Berichtenverkeer
Doetinchem maakt gebruik van het berichtenverkeer om informatie uit te wisselen met zorgaanbieders. Alle berichten binnen de iStandaarden worden hierbij ingezet. Werken conform het landelijk Standaard Administratie Protocol is verplicht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van in totaal 8 productcodes onderverdeeld in subsegmenten.



Monitoring
Doetinchem heeft lokaal monitoring ingericht t.b.v. de uitvoering van de Wmo. Er wordt momenteel regionaal bij SDA nagedacht over verdere invulling en inrichting van monitoring voor inkoop & contracten. Hier worden gesprekken over gevoerd tussen SDA, de deelnemende gemeenten en een aantal zorgaanbieders.

Toezicht

'Toezicht regionaal' voert onderzoek uit naar de kwaliteit en rechtmatigheid van geboden Wmo. Hier is naast de gemeente Apeldoorn ook o.a. de gemeente Doetinchem ook bij aangesloten. Er zijn zowel toezichthouders rechtmatigheid als toezichthouders kwaliteit aangesteld. Deze toezichthouders werken nauw samen. Het toezicht voert onderzoek uit naar de kwaliteit en rechtmatigheid van geboden (Jeugd-, Wmo-, MO/BW-) zorg.

Voor het toezicht op kwaliteit wordt ook samengewerkt met een toezichthouder Wmo van GGD Noord- en Oost-Gelderland.

Ook kan iedereen via Regionaal Meldpunt Zorg SDA een melding maken van een onveilige situatie of een klacht als iemand vastloopt.

Onderzoek naar gewenste uitvoeringsvariant voor de regio

In 2022 is het sociaal domein in de Achterhoek inhoudelijk en financieel op de schop gegaan.

- Inhoudelijk werd er in plaats van productgericht, resultaatgericht gewerkt.
- Financieel was het streven een taakgerichte bekostiging op basis van lumpsum.

Maar door weeffouten in de contracten, liep deze nieuwe werkwijze in de praktijk anders dan verwacht. Hierdoor ontstonden binnen het sociaal domein in de Achterhoek op verschillende niveaus allerlei problemen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een evaluatie[7] van deze nieuwe werkwijze, zodat op basis van nieuwe inzichten de koers verder bepaald kon worden.

In het evaluatierapport staat onder andere beschreven dat ondervraagde gemeentelijke medewerkers, consulenten en zorgaanbieders het erover eens waren dat met name de berekening van de lumpsum via de plekprijs een ontzettend ingewikkelde exercitie is geworden. Daarbij wordt er door velen afgevraagd of de werkelijke bekostigingssystematiek wel lumpsum is. De wens voor controle heeft geleid tot het afrekenen van de 'zorgproductie' in dagen, wat meer doet denken aan P*Q dan aan lumpsum. Hierdoor lijkt er in de Achterhoek een soort mengelmoes van verschillende bekostigingssystematieken te zijn ontworpen, waarvan enkele uitgangspunten elkaar tegenspreken. Bijvoorbeeld de wens voor administratieve lastenverlichting versus de (later toegevoegde) wens om controle te houden. In de praktijk heeft het ertoe geleid dat er bij zorgaanbieders, financiële en backofficemedewerkers van gemeenten juist sprake is een administratieve lastenverzwaring.

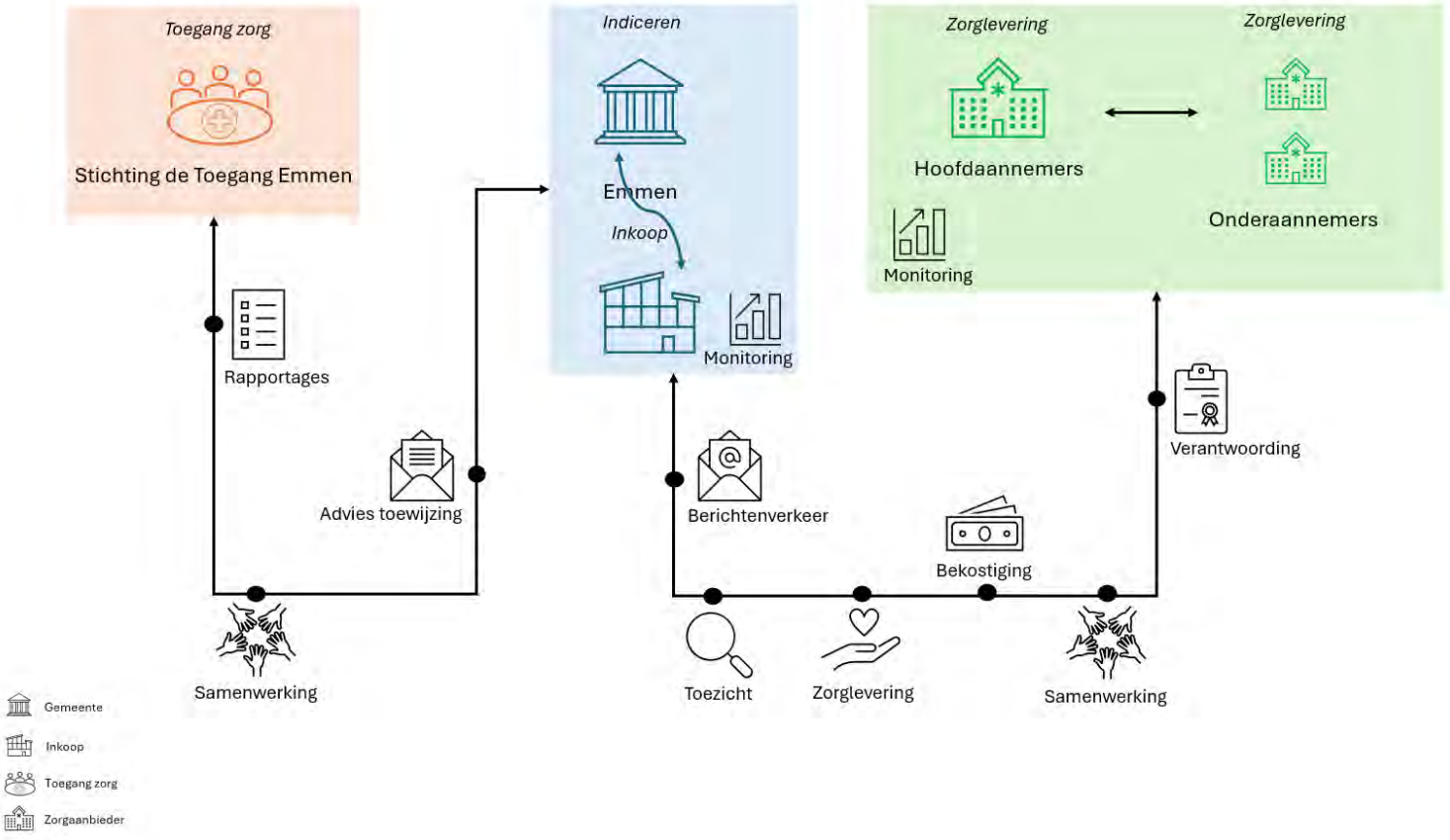
Op basis van het evaluatierapport is uiteindelijk door de 8 gemeenten die vertegenwoordigd zijn in Sociaal Domein Achterhoek het besluit genomen om de nieuwe werkwijze te stoppen en een nieuw inkooptraject met inkoopstrategie te starten. Op dit moment wordt verder onderzocht welke werkwijze met bekostigingsvorm wel werkbaar zal zijn voor de betreffende gemeenten in Sociaal Domein Achterhoek.

[7] Evaluatie zorginkoop en nieuwe werkwijze SDA

5.5 Gemeente Emmen

Gemeente Emmen voert de activiteiten rondom de Wmo via de taakgerichte uitvoeringsvariant met 4 gecontracteerde aanbieders en heeft Stichting de Toegang voor de toegang tot de Wmo.

Inrichting taakgerichte uitvoeringsvariant



Zorginkoop

De gemeente Emmen heeft via een aanbestedingstraject langdurige contracten afgesloten met 4 zorgaanbieders. Deze 4 zorgaanbieders zijn verdeeld over de gemeente in 6 gebieden en treden als hoofdaannemer op voor de gemeente. Iedere hoofdaannemer heeft contracten afgesloten met diverse zorgaanbieders (onderaannemers).

Toegang tot de zorg

De toegang tot de zorg verloopt in bijna alle gevallen via Stichting de Toegang Emmen. Gemeente Emmen indiceert en wijst Wmo toe aan één van de 4 zorgaanbieders (hoofdaannemers) op basis van een advies om toewijzing vanuit Stichting de Toegang.



Zorgverlening

Emmen heeft met de 4 zorgaanbieders afgesproken dat zorg in principe niet kan worden geweigerd, uitzonderingen daar gelaten. Er zijn geen beperkte wachtlijsten voor WMO in Emmen. Alleen op huishoudelijke hulp is in sommige gebieden de wachttijd wat langer. Deze afspraak hebben de hoofdaannemers ook met de onderaannemers gemaakt.



Bekostiging zorg

Gemeente Emmen financiert de 4 gecontracteerde zorgaanbieders via een vast jaarbudget (lumpsum bekostiging). Het budget wordt bijgesteld op basis van het aantal beschikkingen. De hoofaannemers hebben met hun onderaannemers op verschillende wijzen afspraken gemaakt over de financiering van de geleverde zorg. Dit kan zowel lumpsum, P*Q als trajectfinanciering (output) zijn.



Samenwerking

De gemeente Emmen spreekt regelmatig op allerlei niveaus met de 4 gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders worden als strategische partners beschouwd. Hierdoor vinden er allerlei overleggen plaats om van gedachten te wisselen over vernieuwing en innovatie in de Wmo of waar zorgaanbieders worden uitgenodigd om mee te denken over een nieuwe inkoopstrategie of om richting te bepalen voor transformatie.



Verantwoording & rapportages

De 4 zorgaanbieders zijn jaarlijks verplicht een productieverantwoording, een accounts-controleverklaring en een jaarrekening aan te leveren. Ook moeten de zorgaanbieders ieder kwartaal een urenverantwoording aanleveren met kosten, budget-uitnutting en cliënten.

Zorgaanbieders moeten voldoen aan bepaalde kwalificaties en erkenningen. Dit geldt ook voor onderaannemers.



Zorglevering

Alle soorten Wmo gaan rechtstreeks via de gemeente Emmen en worden in het geval van zorg in natura, door de gecontracteerde zorgaanbieders uitgevoerd.



Berichtenverkeer

Emmen maakt gebruik van het berichtenverkeer om informatie uit te wisselen met zorgaanbieders. Alleen de iWMO-berichten: verzoek om toewijzing (315-316), toewijzing (301-302), start zorg (305-306) en stop zorg (307-308) binnen de iStandaarden worden hierbij ingezet. Werken conform het landelijk Standaard Administratie Protocol is verplicht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van 8 verschillende productcodes.

Monitoring

Emmen heeft interactieve dashboards t.b.v. de monitoring van de Wmo. Via deze dashboards wordt inzicht gecreëerd rondom o.a. het nakomen van de gemaakte afspraken voor de zorgverlening, maar ook of het berichtenverkeer goed verloopt.

Toezicht

De gemeente Emmen beschikt sinds januari 2015 over een toezichthouder op de kwaliteit en rechtmatigheid van de Wmo. Uitgangspunten van dit toezicht zijn kwaliteit en zorgintegriteit. Indien nodig, wordt de verbinding gelegd met de GGD, als professionele speler op het gebied van toezicht op de (geestelijke) gezondheidszorg.

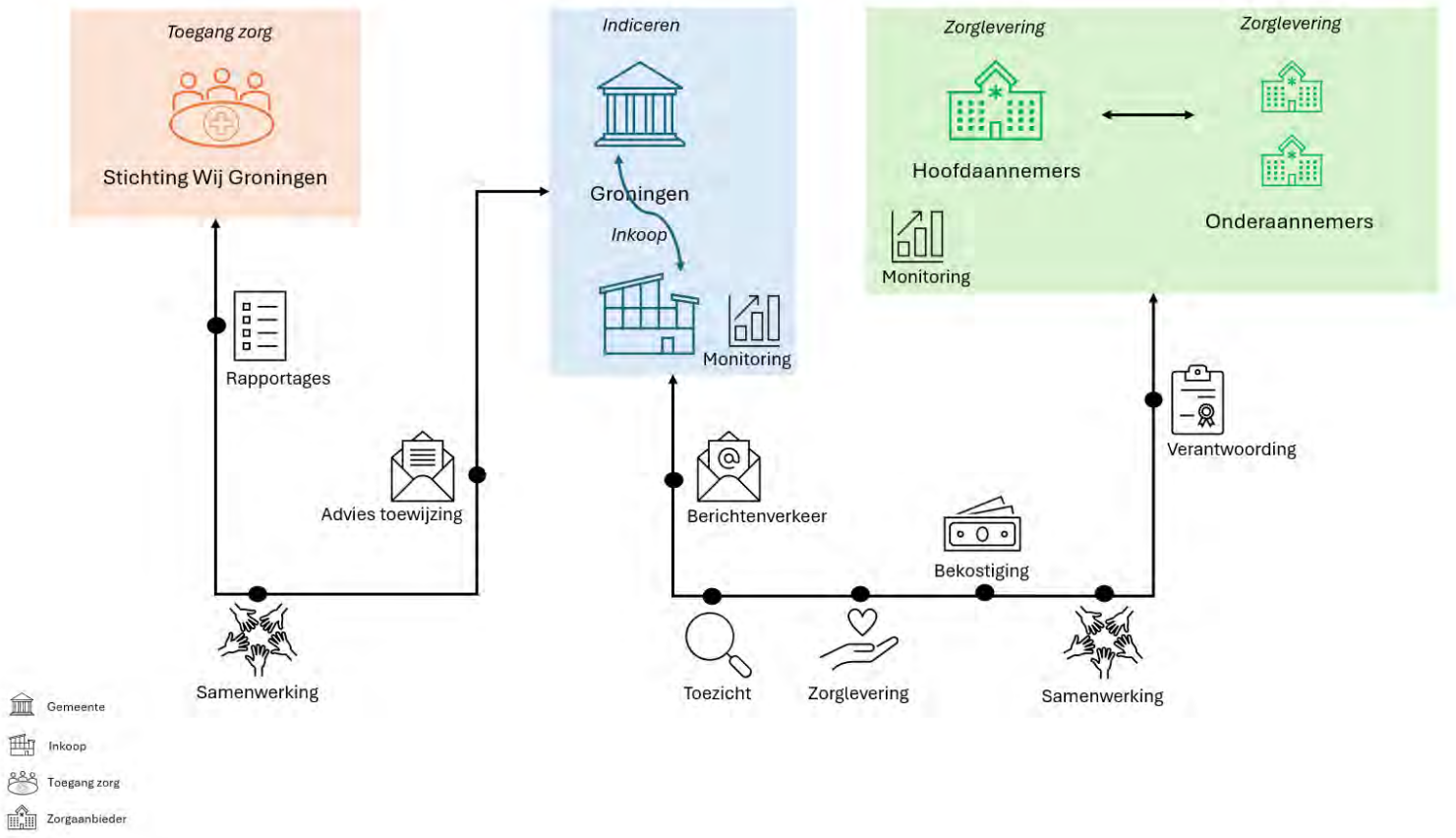
Emmen maakt onderscheid tussen verschillende wijzen waarop toezichthouders werken, namelijk preventief en repressief toezicht. Proactief toezicht vindt plaats op basis van vooraf vastgestelde prioriteiten, thema's of risico's (risico-gestuurd toezicht). Signaal-gestuurd toezicht richt zich op signalen die via de gemeente, professionals en/of inwoners zijn gemeld over aanbieders en/of cliënten. Een signaal betreft alle informatie over de rechtmatigheid en/of kwaliteit over de zorg en/of uitkering.

Fraude-alerte medewerkers en opmerkzame inwoners kunnen terecht bij 'Meldpunt Fraudesignalen Sociaal Domein'.

5.6 Gemeente Groningen

Gemeente Groningen voert de activiteiten rondom de Wmo via de taakgerichte uitvoeringsvariant met 8 gecontracteerde aanbieders en heeft Stichting Wij Groningen voor de toegang tot de Wmo.

Inrichting taakgerichte uitvoeringsvariant



Zorginkoop

De gemeente Groningen heeft via een aanbestedingstraject langdurige contracten afgesloten met 8 zorgaanbieders. Deze 8 zorgaanbieders zijn verdeeld over de stad en treden als hoofdaannemer op voor de gemeente. Iedere hoofdaannemer heeft contracten afgesloten met diverse zorgaanbieders (onderaannemers).

Toegang tot de zorg

De toegang tot de zorg verloopt in bijna alle gevallen via Stichting Wij Groningen. Gemeente Groningen indiceert en wijst Wmo toe aan één van de 8 zorgaanbieders (hoofdaannemers) op basis van een advies/verzoek om toewijzing vanuit Stichting Wij Groningen.



Zorgverlening
Groningen heeft met de 8 zorgaanbieders afgesproken dat zorg in principe niet kan worden geweigerd, uitzonderingen daar gelaten. Deze afspraak hebben de hoofdaannemers ook met de onderaannemers gemaakt.



Bekostiging zorg
Gemeente Groningen financiert de 8 gecontracteerde zorgaanbieders met een vast jaartarief (lumpsum bekostiging). Het tarief wordt bijgesteld op basis van het aantal beschikkingen.
De hoofdaannemers hebben met hun onderaannemers op verschillende wijzen afspraken gemaakt over de financiering van de geleverde zorg. Dit kan zowel lumpsum, P*Q als trajectfinanciering (output) zijn.



Samenwerking
De gemeente Groningen spreekt regelmatig op allerlei niveaus met de 8 gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders worden als strategische partners beschouwd. Hierdoor vinden er allerlei overleggen plaats om van gedachten te wisselen over vernieuwing en innovatie in de Wmo of waar zorgaanbieders worden uitgenodigd om mee te denken over een nieuwe inkoopstrategie of om richting te bepalen voor transformatie.

Verantwoording & rapportages



Zorgaanbieders zijn jaarlijks verplicht een productieverantwoording, een accounts-controleverklaring en een jaarrekening aan te leveren. Ook wordt er een kwartaalrapportage verwacht met daarin informatie over de bestede uren, kosten, budget-uitnutting en cliënten.



Zorgaanbieders moeten voldoen aan bepaalde kwalificaties en erkenningen. Dit geldt ook voor onderaannemers.

Zorglevering



Alle soorten Wmo gaan rechtstreeks via de gemeente Groningen en worden in het geval van zorg in natura, door de gecontracteerde zorgaanbieders uitgevoerd.

Berichtenverkeer



Groningen maakt gebruik van het berichtenverkeer om informatie uit te wisselen met zorgaanbieders. Alleen de iWMO-berichten: verzoek om toewijzing (315-316), toewijzing (301-302), start zorg (305-306) en stop zorg (307-308) binnen de iStandaarden worden hierbij ingezet. Werken conform het landelijk Standaard Administratie Protocol is verplicht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van 8 verschillende productcodes.

Monitoring



Groningen heeft interactieve dashboards en ingericht t.b.v. de monitoring van de Wmo. Via deze dashboards wordt inzicht gecreëerd rondom o.a. het nakomen van de gemaakte afspraken voor de zorgverlening, maar ook of het berichtenverkeer goed verloopt.

Toezicht



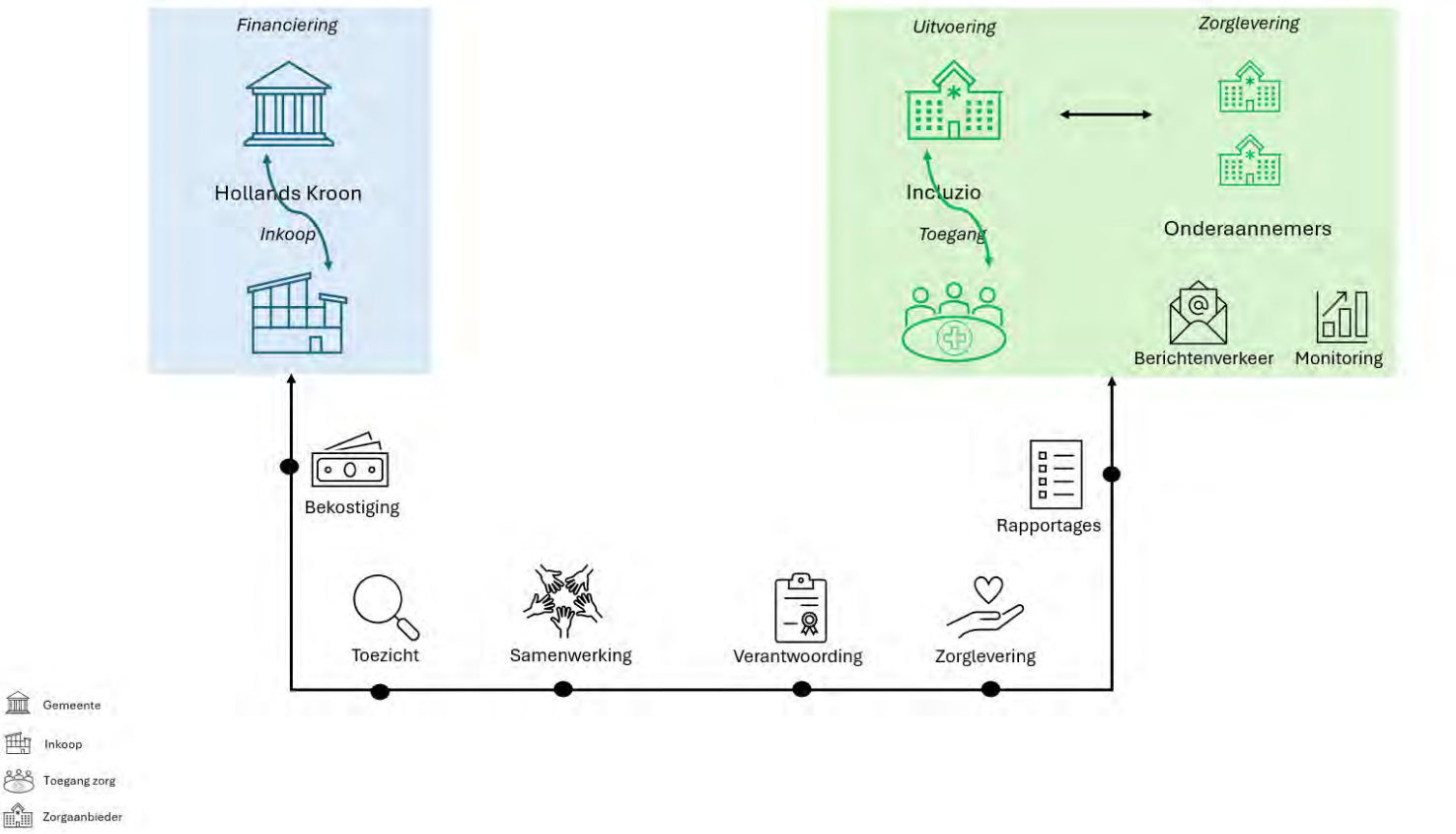
De gemeente Groningen ook vanuit de regio de taak als toezichthouder Wmo en Jeugdwet. Omdat kwaliteit en rechtmatigheid in de praktijk vaak met elkaar verweven zijn, hanteert Groningen een integrale aanpak. Betreffende toezichthouder Wmo en Jeugdwet richt zich dan ook op beide aspecten. Daarbij wordt het accent gelegd op het voorkómen van fouten en fraude omdat daarmee de meeste winst te behalen valt en omdat we zo snel kunnen ingrijpen in het geval van onbedoelde fouten.

Daarnaast heeft Groningen een meldpunt voor iedereen die twijfelt aan de kwaliteit bij een zorgaanbieder of als er vermoedelijk sprake is van misbruik van zorggeld.

5.7 Gemeente Hollands Kroon

Gemeente Hollands Kroon voert de activiteiten rondom de Wmo via de taakgerichte uitvoeringsvariant. De gemeente Hollands Kroon heeft een samenwerking met Incluzio Hollands Kroon (Incluzio) sinds 1 juli 2016. Incluzio levert sindsdien zorg en ondersteuning aan iedereen in de gemeente Hollands Kroon.

Inrichting taakgerichte uitvoeringsvariant



Zorginkoop

De zorginkoop vanuit Hollands Kroon vindt plaats op basis van een aanbestedingstraject. Het huidige contract met Incluzio loopt tot en met 2027, en kan eventueel nog meerdere keren worden verlengd.

Incluzio heeft als hoofdaannemer én zorgaanbieder ook contracten afgesloten met zorgaanbieders die als onderaannemers actief zijn.

Toegang tot de zorg

De toegang tot de Wmo verloopt bijna altijd via Incluzio. Bij Incluzio vindt vervolgens het indiceren en toewijzen van de zorg aan Incluzio zelf of een gecontracteerde zorgaanbieder (onderaannemer) plaats.



Zorgverlening

Incluzio heeft ongeveer 45 zorgaanbieders gecontracteerd als onderaannemer. Hiermee is afgesproken dat zorg in principe niet kan worden geweigerd, maar dat er uitzonderingen zijn als er bijvoorbeeld voorliggende voorzieningen beschikbaar zijn. Dit kan in onderling overleg en soms via afwijzingsbeschikking.

Voor de meeste zorgvormen is een wachttijd. De beschikbaarheidswijzer[8] bevat groot een deel van de wachttijden in de gemeente Hollands Kroon.

Het stoppen van de zorg gebeurt meestal bij het bereiken van de doelen, maar ook soms omdat er geen contact meer is.



Bekostiging zorg

Hollands Kroon financiert Incluzio met lumpsum bekostiging op maandelijkse basis.

Incluzio heeft met de onderaannemers op verschillende wijzen afspraken gemaakt over de financiering van de geleverde zorg. Ongeveer 30-40% van de onderaannemers verloopt via lumpsum/FTE bekostiging en 60-70% via P*Q.



Samenwerking

Hollands Kroon heeft wekelijks een operationeel overleg en ieder kwartaal een contractmanagement overleg met Incluzio

De samenwerking tussen Incluzio en de onderaannemers is afhankelijk van de onderaannemer. Met de grootste zorgaanbieders vindt op meerdere niveaus (werkbegeleider en contractmanagement) afstemming plaats en kan 2-maandelijks zijn. Bij kleine partijen is dat jaarlijks/2-jaarlijks.



Verantwoording & rapportages

Hollands Kroon verwacht van Incluzio kwartaalrapportages en een jaarrekening. Daarnaast is er maandelijks een financieel overleg en wordt er gerapporteerd op basis van KPI's. Ook is het voor Hollands Kroon mogelijk om mee te kijken met Incluzio doordat Incluzio rechtstreeks gebruik maakt van het zaaksysteem van Hollands Kroon



Zorgaanbieders (onderaannemers) verwantwoorden de zorg en kosten aan Incluzio zowel op basis van (kwartaal)rapportages als middels de declaraties via het berichtenverkeer (iSD-keten).



Zorglevering

Incluzio verzorgt namens Hollands Kroon alle zorg in het kader van de Wmo.

[8] beschikbaarheidswijzer



Berichtenverkeer

Incluzio maakt gebruik van het berichtenverkeer via het zaaksysteem (PinkRoccade) van Hollands Kroon. Om informatie uit te wisselen met de onderaannemers wordt gebruik gemaakt van de gemeentecode van Hollands Kroon. Alle berichten binnen de iStandaard worden hierbij ingezet. Werken conform het landelijk Standaard Administratie Protocol is verplicht. Hierbij wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van de landelijke productcodelijst.



Monitoring

Op diverse manieren vindt bij Incluzio monitoring plaats op de uitvoering van de Wmo. Dit betreft onder andere met het berichtenverkeer, de eigen systemen, aan de hand van kwaliteitsonderzoek en op basis van (kwartaal)rapportages van onderaannemers.



Toezicht

GGD Hollands Noorden houdt toezicht op voorzieningen die vallen onder de Wmo. Aanbieders van Wmo-voorzieningen zijn verplicht calamiteiten bij GGD Hollands Noorden te melden.

Hollands Kroon heeft zelf ook een toezichthoudend ambtenaar aangesteld die meldingen onderzoekt en het college adviseert over het voorkomen van verdere calamiteiten en het bestrijden van geweld. De toezichthouders werkt samen met andere toezichthouders in de regio.

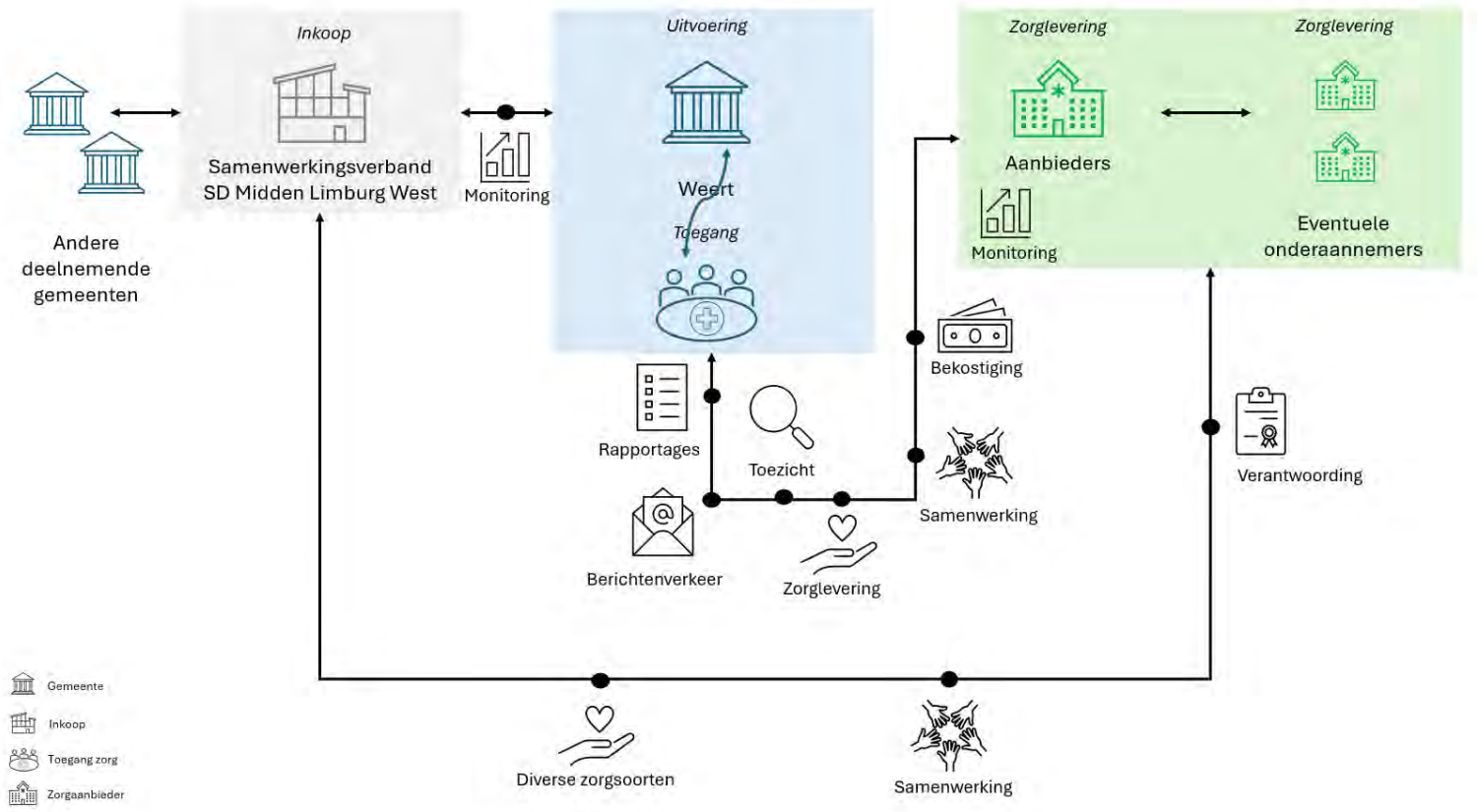
Daarnaast is er een meldpunt voor klachten of onveilige situaties.

5.8 Gemeente Weert

De gemeente Weert is voor het inkopen van Wmo aangesloten bij het samenwerkingsverband Sociaal Domein Midden Limburg West en voert zelf de toegang voor de Wmo.

Deze beknopte procesbeschrijving geeft voornamelijk de uitvoering van Wmo begeleiding en kortdurend verblijf weer.

Inrichting inspanningsgericht uitvoeringsvariant sinds januari 2024, daarvoor resultaatgericht.



Zorginkoop

De zorginkoop vanuit Weert vindt plaats via het samenwerkingsverband Sociaal Domein Midden Limburg West middels een aanbestedingstraject. Een inkooptraject vindt plaats in samenwerking met de MER-gemeenten (Maasgouw, Echt-Susteren, Roerdalen). Eind 2023 is een inkooptraject afgerond waarbij de overstap is gemaakt van resultaatgericht (output) naar inspanningsgericht. In dit traject zat ook een nieuw kostprijs-/tariefonderzoek voor de regio inbegrepen.

Toegang tot de zorg

De toegang tot de Wmo verloopt volledig via 'De Vraagwijzer' en het Wmo-team met regisseurs en consulenten van de gemeente Weert. Weert indiceert en wijst Wmo toe aan een zorgaanbieder.



Zorgverlening
Weert is tijdens het laatste inkooptraject van 67 naar 48 gecontracteerde zorgaanbieders gegaan. Hiermee is afgesproken dat zorg in principe altijd geaccepteerd moet worden, uitzonderingen daar gelaten. Als een zorgaanbieder 12 maanden geen zorg verleent, dan wordt het contract beëindigd.



Bekostiging zorg
Gemeente Weert financiert de gecontracteerde zorgaanbieders via P*Q bekostiging op basis van ontvangen declaraties.



Samenwerking
Weert heeft regelmatig overleggen en evaluatiemomenten met zorgaanbieders over de uitvoering van de Wmo. Ook is er afstemming tussen gemeente en zorgaanbieder bij het opstellen van het 'wat' in ondersteuningsplannen. Daarnaast vinden er op allerlei niveaus overleggen en contractgesprekken plaats tussen gemeente en de grote zorgaanbieders.



Verantwoording & rapportages
De Gemeente Weert verplicht zorgaanbieder om jaarlijks een productieverantwoording aan te leveren volgens het landelijk accountantsprotocol. Gemeenten sluiten voor de jaarverantwoording, waar mogelijk, aan bij de landelijke protocollen.



Zorgaanbieders moeten voldoen aan bepaalde kwalificaties en erkenningen. Dit geldt ook voor onderaannemers.



Zorglevering
Alle soorten Wmo, zorg in natura, gaan rechtstreeks via de gemeente Weert en worden in het geval van zorg in natura, door de gecontracteerde zorgaanbieders uitgevoerd.



Berichtenverkeer
Weert maakt gebruik van het berichtenverkeer om informatie uit te wisselen met zorgaanbieders. Alle berichten binnen de iStandaarden worden hierbij ingezet. Werken conform het landelijk Standaard Administratie Protocol is verplicht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van in totaal 47 productcodes.



Monitoring
Weert heeft interactieve dashboards ingericht t.b.v. de monitoring van de Wmo. Met deze dashboards wordt inzicht gecreëerd rondom o.a. de levering van zorg, maar ook of het berichtenverkeer goed verloopt.

Toezicht

Voor de zeven Midden-Limburgse gemeenten (Leudal, Nederweert, Weert, Maasgouw, Echt-Susteren, Roerdalen en Roermond) zijn toezichthouders voor de Kwaliteit van de Wmo en de Rechtmatigheid van de Wmo en Jeugdwet aangesteld.

De Toezichthouder Kwaliteit Wmo toetst aan de hand van de gestelde kwaliteitseisen of Wmo-cliënten een goede en passende ondersteuning ontvangen. Daarnaast wordt er beoordeelt of nader onderzoek nodig is naar aanleiding van een melding van een calamiteit of geweldsincident.

De Toezichthouder Rechtmatigheid Wmo-Jeugdwet ziet toe op een rechtmatige toekenning en rechtmatig gebruik van voorzieningen op grond van de Wmo en Jeugdwet.

Wmo Calamiteiten en geweldsincidenten binnen de Wmo kunnen gemeld worden op de site van Sociaal Domein Midden Limburg West. Hier is ook een calamiteitenprotocol te vinden.

6. Taakgerichte & inspanningsgerichte uitvoering

Onderzoeksvraag 4:
Beschrijf de verschillen in de uitvoering Wmo tussen de taakgerichte- en inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.

Vanuit het inzichtelijk maken van de processen bij de deelnemende gemeenten, zijn inzichten ontstaan rondom de uitvoering van de Wmo via de taakgerichte of de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.



Per onderdeel wordt er in dit hoofdstuk dieper in gegaan op de uitvoering vanuit het perspectief van de taakgerichte- en de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant. Hierbij worden de verschillen en gelijkenissen beschreven die n.a.v. de interviews zijn opgehaald.

6.1 Inzet uitvoeringsvariant in algemene zin



a. De taakgericht & inspanningsgerichte uitvoeringsvariant

Taakgerichte uitvoering
De taakgerichte gemeenten stellen een gezamenlijke visie op het hulp- en ondersteuningslandschap én werken vanuit partnerschap (gezamenlijke dialoog) centraal. De gemeente zien de aanbieders als samenwerkingspartner en trekken gezamenlijk op en overleggen veelvuldig op elk niveau (van wethouder tot contractmanagement, van kwaliteit tot beleid). Vaak is er wel dagelijks tot een paar keer in de week contact voor afstemming en voortgang op verschillende vlakken.

Inspanningsgerichte uitvoering
Op hoofdlijnen hebben alle deelnemende gemeenten de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant procesmatig op dezelfde wijze ingericht. Het verschil van invulling zit voornamelijk in de details. Door te kiezen voor een aanbesteding of open house zorgt al voor een groot verschil aan gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast zijn er met name verschillen in de samenwerking met zorgaanbieders. Sommige gemeenten zetten vol in op het controleren of zorgaanbieders de gemaakte contractafspraken nakomen, zowel qua kwaliteit van de zorg als qua benodigde kwalificaties en erkenningen. Andere gemeenten zetten meer in op partnerschap en betrekken (grote) zorgaanbieders veel bij de ontwikkelingen en geven deze organisaties ook een stem hierin. Wat ook uit het onderzoek blijkt is dat de gemeenten die inspanningsgericht werken voornamelijk op zoek zijn naar een andere invulling van samenwerking met zorgaanbieders, inrichting van de Wmo of willen overstappen naar een andere uitvoeringsvariant.

6.2 Inkoop & contracten van de zorg



a. Organiseren van de inkoop

Taakgericht:
De gemeenten kopen de zorg alleen voor zichzelf (lokaal) in. Gemeenten geven aan dat dit komt doordat de gemeenten in hun regio hebben gekozen voor een andere uitvoeringsvariant, voornamelijk inspanningsgericht. Hierdoor kan er vanwege de verschillende gestelde eisen niet gezamenlijk zorg worden ingekocht.

Inspanningsgericht:
De gemeenten werken allemaal samen met andere gemeenten uit de regio. Zij hebben de inkoop voor de meeste zorgvormen belegd bij een inkooporganisatie of bij een aangestelde gemeente in de regio. De zorg die niet regionaal wordt ingekocht betreft bovenregionale- en landelijke inkoop. De gemeenten in de regio kunnen ook gezamenlijk tot de conclusie komen dat, zoals bijvoorbeeld in de regio Amersfoort, het inkopen van Huishoudelijk hulp beter te organiseren is als iedere gemeente in de regio dit lokaal uitvoert in plaats vanuit de samenwerkingsconstructie.

Doordat er regionaal vanuit een samenwerkingsverband wordt gewerkt en gemeenten lokaal verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo, kan het vanuit visie/beleid voorkomen dat bepaalde gemeente(n) in de regio ervoor kiest om af te zien van het regionale beleid. Dit is dan inclusief gezamenlijk inkoop en contracteren van bepaalde Wmo. Betreffende gemeente koopt dan zelf de zorg in. Vaak is deze inkoop dan ook gebaseerd op een andere uitvoeringsvariant. Zorgaanbieders geven aan dat dit soort afwijkingen (zowel inkoop als contractueel) nog wel eens leiden tot issues in de uitvoering, (administratieve) fouten en verwarring bij zorgaanbieders die voor de hele regio werken. In iedere deelnemende regio vinden dit soort situaties plaats dat een bepaalde gemeente een eigen koers inzet.

b. Aantal gecontracteerde zorgaanbieders

Taakgericht:
De gemeenten hebben te maken met enkele zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders worden gezien als samenwerkingspartners. De lijntjes zijn kort met deze organisaties. Bij de start van een nieuw inkooptraject worden zij ook nauw betrokken en geïnformeerd over de invulling hiervan door de gemeente.

Inspanningsgericht:
Bij deze gemeenten is veel discussie over de (interpretatie van de) inhoud van overeenkomsten bij de uitvoering in de praktijk. Dit speelt zowel tussen gemeente en zorgaanbieders als intern bij gemeenten tussen beleid en uitvoering. Hierbij heeft een gemeente ook nog eens te maken met vele (soms honderden) zorgaanbieders als er gekozen is voor een open house constructie. Met regionale sessies (webinars & seminars) worden zorgaanbieders geïnformeerd over ontwikkelingen en vraagstukken rondom inkoop & contracteren. Dit is door de grote hoeveelheid van aanwezige zorgaanbieders van alleen zenden van informatie.

Daarbij wordt vanuit gemeenten aangegeven dat zorgaanbieders niet altijd doorhebben als er een nieuw aanbestedingstraject wordt gestart. Deze zorgaanbieders zijn voornamelijk bezig met het leveren van zorg en krijgen hierdoor minder mee van dit soort ontwikkelingen. Dit leidt er in verschillende gevallen toe dat zorgaanbieders zich vergeten in te schrijven op een nieuw aanbestedingstraject. Aan de andere kant geven zowel gemeenten als zorgaanbieders aan dat er weloverwogen strategische beleidskeuzes worden gemaakt door (regionale grote belangrijke) zorgaanbieders om zich wel of niet in te schrijven als zij het niet eens zijn met de contractvoorwaarden.

c. Hoofdaannemer – onderaannemer

Taakgericht:
Alle samenwerkingspartners werken met veel gecontracteerde zorgaanbieders (onderaannemers).

Inspanningsgericht:
In beperkte mate komen er hoofdaannemer-onderaannemer constructies voor bij gemeenten die contracteren via open house. Dit komt door de constructie dat iedereen zich kan inschrijven. De gemeenten die via een aanbesteding inkopen geven aan dat zij meer te maken hebben met hoofdaannemer-onderaannemer constructies. Dit komt voornamelijk door de strengere (selectie-)regels die toegepast worden en dat het doorlopen van een aanbestedingstraject een ingewikkelder proces is voor (kleine) zorgaanbieders.

d. Kwalificaties en erkenningen
Alle gemeenten, die zowel taakgericht als inspanningsgericht werken, hebben als eis dat zowel de hoofdaannemer als de onderaannemers voldoen aan de in het contract gestelde eisen met betrekking tot de kwalificaties en erkenningen voor de zorgaanbieder en het zorgpersoneel rondom het leveren van de zorg.

Per gemeente verschilt hoe dit door de hoofdaannemer/onderaannemer moet worden aangetoond. In sommige gevallen moet een zorgaanbieder van al het personeel de diploma's en erkenningen doorgeven aan de gemeente. In andere gevallen volstaat een verklaring. Zorgaanbieders vinden dat dit soort controles in bepaalde gevallen te ver gaan. Zij geven daarbij aan dit vanuit de Wlz anders is ingericht en dat over het algemeen zorgkantoren minder informatie nodig hebben en meer vertrouwen op het gezamenlijke langdurige partnerschap.

6.3 Toegang tot de zorg



a. Zorgbehoefte

Taakgericht:
Inwoners met een behoefte aan Wmo zorg kunnen terecht bij de samenwerkingspartner van de gemeente. De toegang tot de Wmo verloopt standaard via deze route. Het is uitzonderlijk als de Wmo via een wettelijke verwijzer (bijv. huisarts) start.

Inspanningsgericht:
Hier komen verschillende varianten voor. Inwoners die Wmo willen aanvragen kunnen in bepaalde gemeenten terecht bij het wijkcentrum/sociale team en in andere gemeenten bij een speciaal hiervoor aangestelde stichting. De toegang tot de Wmo verloopt standaard via deze route. Het is uitzonderlijk als de Wmo via een wettelijke verwijzer (bijv. huisarts) start.

b. Advies & indicatie

Taakgericht:
De samenwerkingspartner voert het gesprek over de behoefte aan Wmo met de inwoner. Als blijkt dat Wmo nodig is, wordt er via het berichtenverkeer een verzoek om toewijzing naar de gemeente gestuurd. Dit betreft het WMO315-bericht. Het verzoek om toewijzing, inclusief advies, wordt in (bijna) alle gevallen overgenomen. Vervolgens indiceert de gemeente de Wmo.

Inspanningsgericht:
Net als bij de taakgerichte variant voert de door de gemeenten aangestelde organisatie/stichting het gesprek over de behoefte aan Wmo zorg met de inwoner. Als blijkt dat Wmo zorg nodig is, wordt er een advies aan de gemeente afgegeven. In dit advies staat o.a. aangegeven voor welke inwoner wel zorg bij welke zorgaanbieder nodig is. De gemeente indiceert vervolgens zelf de Wmo zorg. In bijna alle gevallen wordt het advies overgenomen.

Bij andere gemeenten geldt dat het wijkcentrum/sociale team op basis van het gesprek met de inwoner de Wmo zorg zelf al dan niet indiceert.

6.4 Toewijzing zorg



a. Advies & indicatie

Taakgericht:
Doordat in bepaalde gevallen de registratie van de toegang tot de zorg plaatsvindt in een ander systeem, is de gemeente genoodzaakt om de informatie ten behoeve van de toewijzing van de zorg over te typen in het gemeentelijke systeem die een koppeling heeft met het GGk berichtenverkeer.

Inspanningsgericht:
Vaak vindt toegang plaats vanuit een ander (intern) systeem. Gemeenten krijgen dan de informatie vanuit de toegang overgedragen en moeten deze handmatig verwerken in het gemeentelijke systeem die een koppeling heeft met het GGk berichtenverkeer.

b. Toewijzing verstrekken
Bij alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) wordt de toewijzing vanuit het gemeentelijk systeem verstrekt aan een zorgaanbieder via het GGk berichtenverkeer. Dit betreft het WMO301-bericht.

6.5 Geleverde zorg



a. Zorg accepteren/wachttijden
Bij alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) is het verplicht om de zorg te accepteren, die via de toewijzing wordt ontvangen. Alleen in hele uitzonderlijke situaties kan zorg geweigerd worden. Wel zijn er voor diverse zorgvormen wachtlijsten bij de gemeenten. De duur en of er wachttijden zijn, is vaak afhankelijk van de zorgvorm en het aanbod in de regio/gemeente. Zo is er in de ene gemeente op bijvoorbeeld Huishoudelijke hulp door het grote aanbod zorgaanbieders geen wachtlijst, terwijl er bij andere gemeenten wel wachtlijsten zijn doordat het aanbod in de gemeente/regio te laag is. Deze wachtlijsten kunnen dan ook nog eens variëren in korte of lange wachttijden. Dit is lokaal/regionaal specifiek.

b. Starten van zorg
Bij alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) zijn afspraken gemaakt over het starten van de zorg. Het moment van starten van de zorg heeft namelijk impact op de inning van de eigen bijdrage vanuit het CAK. Vanuit gemeenten is verplicht gesteld dat zorgaanbieders via het GGk berichtenverkeer een 'Start zorg bericht' versturen naar de gemeente. Dit betreft het WMO305 bericht. De hoofdaannemers wisselen op een eigen manier de informatie m.b.t. het starten van de zorg uit met de onderaannemers. Gemeenten geven aan dat niet alle zorgaanbieders zich houden aan het (tijdig) versturen de 'start zorg' berichten volgens het landelijk Standaard Administratie Protocol (SAP).

c. Domein overstijgend
Voornamelijk grote zorgaanbieders die over meerdere wetten (Wlz, Wmo en Jeugdzorg) heen zorg verlenen, hebben (vaak) te maken met meerdere zorgkantoren en meerdere gemeenten. Met deze zorgkantoren en gemeenten worden afzonderlijk contractuele afspraken gemaakt over het leveren van de zorg. Hierdoor ontstaan situaties dat de cliënten met dezelfde (soort) indicatie vanuit de Wmo andere zorg ontvangen dan vanuit de Wlz. Deze verschillen zijn in de praktijk bij het uitvoeren van de zorg moeilijk uit te leggen aan het eigen personeel. Ook het administratief inregelen van deze verschillen en het instrueren van het eigen personeel over deze verschillen per wet, gemeente en zorgkantoor zorgt voor veel extra gesprekken in plaats van leveren van de benodigde zorg.

d. Stoppen van zorg
Bij alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) zijn afspraken gemaakt over het stoppen van de zorg. Vaak is dit bij het realiseren van de gestelde doelen of in overleg met de gemeente. Vanuit gemeenten is verplicht gesteld dat zorgaanbieders via het GGk berichtenverkeer een 'Stop zorg bericht' versturen naar de gemeente. Dit betreft het WMO307 bericht. De hoofdaannemers wisselen op een eigen manier de informatie m.b.t. het stoppen van de zorg uit met de onderaannemers. Gemeenten geven aan dat niet alle zorgaanbieders zich houden aan het (tijdig) versturen de 'stop zorg' berichten in overeenstemming met het landelijk Standaard Administratie Protocol (SAP).

6.6 Bekostiging van de zorg



a. Bekostigingsvormen

Taakgericht:
De gemeenten bekostigen de samenwerkingspartners via een lumpsum constructie.

De samenwerkingspartners bekostigen hun onderaannemers op allerlei verschillende manieren. Dit is voornamelijk via P*Q, maar ook via zowel lumpsum als trajectfinanciering (output). Samenwerkingspartners zijn zelf vrij in het maken van bekostigingsafspraken met onderaannemers. Ondanks dat er voornamelijk P*Q bekostigd wordt, is het streven vanuit de hoofdonderaannemers wel om toch zoveel mogelijk via de lumpsum bekostiging af te spreken.

Inspanningsgericht:
De gemeenten bekostigen de zorgaanbieders allemaal op basis van P*Q. De aanname is dat het merendeel van de gecontracteerde hoofdaannemers afspraken hebben gemaakt met hun onderaannemers over P*Q bekostiging.

b. Wijze van bekostigen

Taakgericht:
Maandelijks wordt er door de gemeente een vast bedrag overgemaakt aan de gecontracteerde zorgaanbieders. Aan het eind van het jaar vindt een afrekening plaats. Per gemeente zijn er afspraken met de zorgaanbieders gemaakt over onder andere de bepaling van de hoeveelheid geleverde zorg en de maximale hoogte van het winstpercentage.
Vanwege de lumpsum constructie gebruiken de zorgaanbieders (hoofdaannemers) niet de declaraties (WMO323-bericht) in de uitwisseling met gemeenten via het GGk-berichtenverkeer. De hoofdaannemers wisselen op een eigen manier de informatie m.b.t. de bekostiging uit met de onderaannemers.

Inspanningsgericht:
De gemeenten bekostigen de zorgaanbieders allemaal op basis van P*Q. De aanname is dat het merendeel van de gecontracteerde hoofdaannemers afspraken hebben gemaakt met hun onderaannemers over P*Q bekostiging. De zorgaanbieders zijn verplicht om de declaraties te versturen via het GGk-berichtenverkeer. Dit betreft het WMO323-bericht.

c. Indexaties
Bij alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) worden indexaties toegepast op de tarieven. Deze indexatie kan zowel op de OVA component als (ook) CAO zijn. Dit verschilt per gemeente/contract. Ondanks deze afspraken zijn er veel gesprekken/klachten rondom deze methode van indexering. Vaak komen deze discussies voort uit de verhouding tussen het duurder worden van de te leveren Wmo zorg en de door te voeren indexatie. Ook de tariefverschillen tussen de gemeente/regio's onderling zijn vaak onderwerp van gesprek.

d. Kostprijs-/tariefonderzoek
Bij alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) worden met regelmaat kostprijs- en/of tariefonderzoeken uitgevoerd. Deze onderzoeken worden uitgevoerd als blijkt dat de tarieven niet meer in lijn liggen met de daadwerkelijke kosten van de zorg. Om te komen tot de nieuwe marktconforme tarieven worden vaak externe expertisebureaus ingeschakeld om zo'n traject te begeleiden. Daarbij worden ook werkgroepen met zorgaanbieders opgetuigd om de informatie over het proces en de totstandkoming van de nieuwe tarieven zo transparant mogelijk te maken én om de discussie over de tarieven op het juiste moment in het proces te laten plaatsvinden. Ondanks deze opzet zijn er al tijdens het proces, maar vooral na het vaststellen van de tarieven, veel negatieve geluiden vanuit zorgaanbieders die de nieuwe tarieven te laag vinden en aanvoelen dat ze daar niet van gaan rondkomen bij het leveren van de benodigde Wmo zorg. Grote aanbieders die in meerdere regio's actief zijn, kunnen te maken hebben met meerdere kostprijs-/tariefonderzoeken die gelijktijdig plaatsvinden.

6.7 Verantwoording & rapportages

a. Financiële verantwoording
Bij alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) zijn de gecontracteerde zorgaanbieders jaarlijks verplicht een productieverantwoording, een accounts-controleverklaring en een jaarrekening aan te leveren. De samenwerkingspartners verwachten dit ook van hun onderaannemers.

Het grote verschil tussen de taakgerichte- en inspanningsgerichte uitvoeringsvariant zit vooral in de momenten van verantwoording van de geleverde zorg en de daaraan gerelateerde kosten.

Gemeenten die via de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant werken controleren alle declaratieberichten (WMO323-bericht). In de declaratieberichten zit op regelniveau informatie over de geleverde zorg met de kosten in een bepaalde periode per cliënt. Na controle wordt iedere declaratieregel goedgekeurd of afgekeurd. Ook vindt in dit proces een check plaats op de rechtmatigheid van de Wmo.

Gemeenten die via de taakgerichte uitvoeringsvariant werken hebben maandelijks een financieel overleg waarin de samenwerkingspartners verantwoording afleggen voor de geleverde zorg in de afgelopen periode en of deze in verhouding ligt met de begroting en de prognoses waarop het lumpsum bedrag is bepaald. Zij hoeven dus niet per client een declaratie (WMO323-bericht) te versturen via het berichtenverkeer.

De samenwerkingspartners hebben allerlei verschillende afspraken gemaakt rondom verantwoording van de zorg door hun onderaannemers. Dit komt door de verschillende bekostigingsvormen die hier zijn afgesproken met de onderaannemers.

b. KPI verantwoording
Bij bijna alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) zijn de gecontracteerde zorgaanbieders jaarlijks verplicht om aanvullende rapportages aan te leveren. Deze aanvullende rapportages zij vaak op basis van KPI's. Dit kan informatie zijn die betrekking heeft op de klanttevredenheid, of een urenverantwoording van het personeel of het rapporteren van gegevens over de wachtlijst. De gemeenten hebben hier een eigen format voor opgesteld die zorgaanbieders per maand of kwartaal ingevuld moeten aanleveren. Daarnaast werken sommige gemeenten samen met websites, zoals een beschikbaarheidswijzer of een ervaringwijzer, waar zorgaanbieders informatie voor moeten aanleveren/invoeren. Deze diversiteit aan verschillende rapportages, format, KPI's en uit te voeren handelingen zorgen voor veel extra werk bij zorgaanbieders, met name de grote zorgaanbieders die voor meerdere gemeenten/regio's zorg verlenen.

6.8 Monitoring zorg



a. Individuele monitoring
Bij alle gemeenten (zowel taakgericht als inspanningsgericht) is monitoring ingericht in de vorm van dashboards of rapportages/lijsten voor stuur- & beleidsdoeleinden. Op basis van deze informatie worden ook de behaalde resultaten van de gestelde KPI's inzichtelijk gemaakt. De gemeentelijke financiële administratie en het berichtenverkeer zijn de belangrijkste bronnen voor de monitoring van de zorg.

Alle zorgaanbieders hebben ook monitoring rondom de Wmo zorg ingericht. Deze monitoring vindt voornamelijk plaats via interactieve dashboards. Met deze dashboards hebben de zorgaanbieders inzicht in de voortgang en resultaten van de afgesproken of vanzelf opgestelde KPI's.

Een aantal inkooporganisaties heeft maar beperkt toegang tot de informatie van de gemeenten. Dit komt met name doordat gemeenten in systemen van verschillende softwareleveranciers werken. Dit zorgt ervoor dat de benodigde data/informatie vaak niet op eenduidige wijze te interpreteren is, laat staan beschikbaar te stellen is door een gemeente aan een inkooporganisatie voor het samenstellen van een regionaal dashboard. Hierdoor is het erg lastig voor deze inkooporganisaties om controles uit te voeren op het nakomen van alle afspraken uit het contract door zowel de deelnemende gemeenten als de gecontracteerde zorgaanbieders.

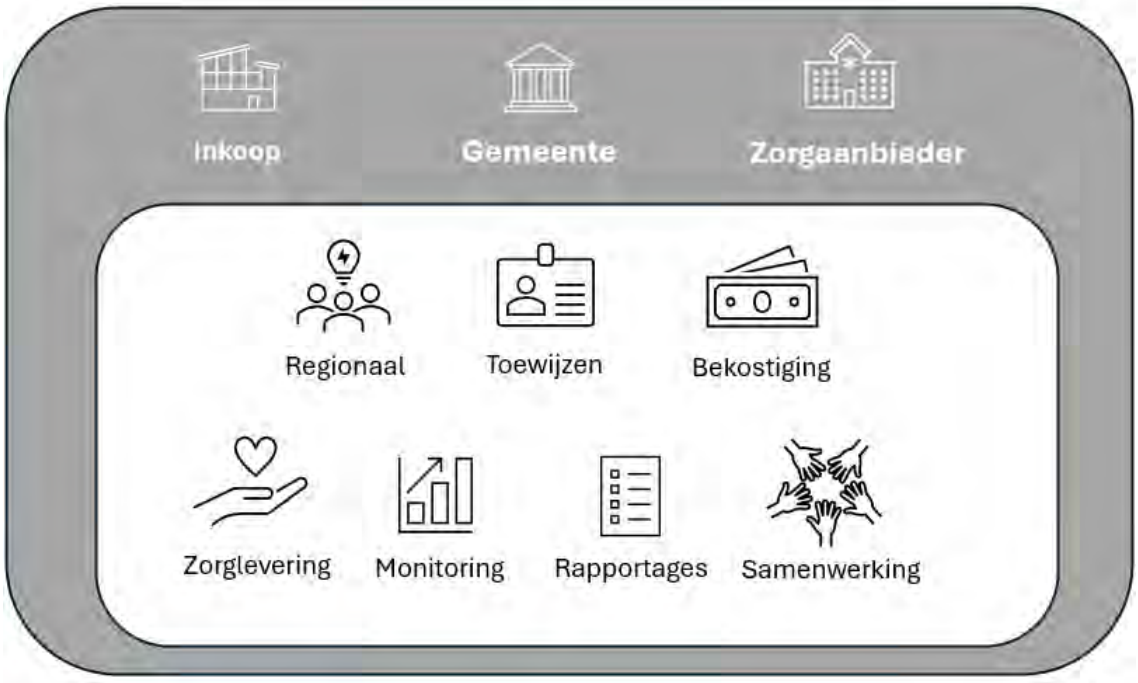
7. Conclusies & aanbevelingen

De conclusies en aanbevelingen die in dit onderzoek worden getrokken, zijn gebaseerd op lokale en regionale situaties bij gemeenten, zorgaanbieders en inkooporganisaties, die in transitie en/of transformatie zijn. Dit zorgt ervoor dat uitkomsten niet representatief zijn voor de taakgerichte of inspanningsgerichte uitvoeringsvariant, maar eerder een weergave is van hetgeen wat nu speelt bij de aan dit onderzoek deelnemende organisaties. Daarbij is de visie rondom de uitvoering van de Wmo van professionals en cliënten niet meegenomen in dit onderzoek. Aangezien bij alle gemeenten/regio's dezelfde geluiden hoorbaar zijn, kan het eventueel wel weer iets zeggen over de uitvoering en de samenwerking van de Wmo in brede zin.

Dit onderzoek wijst uit dat iedere gemeente/regio zoveel mogelijk probeert te werken vanuit de definitie 'taakgericht' of 'inspanningsgericht', maar ook dat iedere gemeente/regio vanuit eigen beleidsvrijheid de Wmo taak anders uitvoert. Deze verschillen leiden vooral voor zorgaanbieders die gecontracteerd zijn door meerdere gemeenten en/of regio's tot extra inspanning en lasten in de uitvoering. Terwijl landelijke of regionale uniformering en standaardisatie op bepaalde vlakken ook goed mogelijk lijkt te zijn.

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de nog niet behandelde onderzoeksvragen. Deze antwoorden zijn in bepaalde gevallen conclusies, maar ook vanuit de interviews met de deelnemende organisaties aanbevelingen gericht aan gemeenten, zorgaanbieders en VWS/VNG.

Hierbij is ingezoomd op onderstaande aspecten:



7.1 Antwoorden op onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 2:
Beschrijf de afspraken tussen hoofd- en onderaannemers bij de taakgerichte variant, met de vraag of deze relatie meer inspanningsgericht dan wel taakgericht is ingevuld.



Antwoord:
Bij P*Q constructie zit de administratieve last in het individueel afrekenen en verantwoorden per productcode. Dit vraagt om veel registratie en is de reden waarom zorgverleners de zorg en welzijn sector verlaten. De vraag is of een taakgerichte/lumpsum constructie hierin verschil gaat maken.

Qua bekostiging wordt dan wel vanuit de gemeenten gekozen voor een lumpsum constructie met een zorgaanbieder (hoofdaannemer), maar daarachter zit vanuit de hoofdaannemer een rits aan afspraken en bekostigingsvormen met de onderaannemers. Het hele leveranciersmanagement wordt hiermee als het ware verlegd van de gemeente naar de gecontracteerde zorgaanbieder/hoofdaannemer, waardoor er op dit vlak eigenlijk een extra schakel is ontstaan.

De hoofdaannemers bekostigen hun onderaannemers namelijk op allerlei verschillende manieren. Dit is zowel via lumpsum als P*Q als trajectfinanciering (output). Over het algemeen liggen de verhoudingen met betrekking tot de bekostiging van de totale Wmo zorg op ongeveer 70-80% P*Q, 20-30% lumpsum en heel beperkt trajectfinanciering.

Ondanks dat hoofdaannemers er naar streven om (grote) zorgaanbieders lumpsum te bekostigen, geven de zorgaanbieders de voorkeur aan een P*Q bekostiging. Vooral kleine zorgaanbieders zijn in de praktijk vaak beter geholpen met een P*Q bekostiging.

Onderzoeksvraag 3:
Beschrijf hoe de vrij-gevestigden wel/niet en zo ja op, welke wijze, zij worden gefinancierd door de taakgerichte en inspanningsgerichte onderzochte gemeenten.



Antwoord:
Uit het onderzoek blijkt dat bij alle inspanningsgerichte gemeenten, vrijgevestigde zorgaanbieders vrijwel niet aan bod komen. De taakgerichte gemeenten hebben geen contract met vrijgevestigde zorgaanbieders.

Deze zorgaanbieders zijn vaak als onderaannemer gecontracteerd door een zorgaanbieder die een contract heeft met de gemeente. De vrijgevestigde wordt binnen de meeste zorgvormen altijd P*Q gefinancierd. Net als bij de vorige onderzoeksvraag geldt dat deze groep in de praktijk vaak beter geholpen is met een P*Q bekostiging.

Onderzoeksvraag 5:
Welke activiteiten leiden tot meer (onnodige) administratieve lasten bij de taakgerichte en inspanningsgerichte onderzochte gemeenten?

Antwoord



Regionaal beleid wordt niet gevolgd
Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat afwijken van regionale inkoop door gemeenten, tot meer administratieve handelingen bij zorgaanbieders leidt. Zorgaanbieders moeten bij afwijkingen ten opzichte van de regio, op een andere wijze de administratie inrichten, om dezelfde producten voor elke gemeente anders te verantwoorden. Daarbij kan het ook zijn dat de wijze van bekostiging afwijkt. Hierdoor kunnen 'issues' in de uitvoering, (administratieve) fouten en verwarring bij zorgaanbieders die voor de hele regio werken, voor een groot gedeelte worden voorkomen.

Dit geldt in dit onderzoek alleen bij de regio's die werken via de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant. De drie taakgerichte gemeenten werken alle drie lokaal en niet voor een regio, waardoor zorgaanbieders lokaal te maken hebben met één beleid per zorgsegment.



Overtypen informatie vanuit de toegang
Veel gemeenten geven aan dat de informatieoverdracht vanuit de toegang naar het gemeentelijk systeem die gekoppeld is aan het GGk berichtenverkeer handmatig verwerkt moet worden. Dit is een tijdrovend proces, wat zo nu en dan ook leidt tot fouten in het administratieve proces en de informatie-uitwisseling met zorgaanbieders.

Dit geldt voor zowel taakgerichte als inspanningsgerichte gemeenten. De toegang is in die gevallen via een apart systeem ingeregeld waardoor de informatie handmatig overgezet moet worden naar een ander systeem voor uitwisseling van gegevens via het berichtenverkeer.



Kostprijs- en/of tariefonderzoek
Ondanks dat Gemeenten de tarieven op basis van de OVA of CAO indexeren, is een terugkerend thema om een kostprijs- en/of tariefonderzoek in te stellen. Voor dit soort onderzoekstrajecten worden vaak externe bureaus ingehuurd. Dit soort trajecten duren vaak meerdere maanden en zijn erg intensief. Er vindt veel overleg plaats met zorgaanbieders die het vaak niet eens zijn met de berekening achter de nieuwe kostprijs en/of nieuwe tarieven die gaan gelden. Als eenmaal de tarieven zijn vastgesteld, ontstaat in de meeste gevallen veel onrust en geklaag dat zorgaanbieders niet uitkomen met de nieuwe tarieven.

Zowel taakgerichte als inspanningsgerichte gemeenten voeren kostprijs-/ en tariefonderzoeken uit. Bij de taakgerichte gemeenten wordt vooraf de verwachte zorgbehoefte berekend om de maandelijkse lumpsum te bepalen. Achteraf vindt op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg (productie-verantwoording) een afrekening plaats. Het verschilt per gemeente hoe hier in de praktijk mee wordt omgegaan. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat er een maximum winstmarge voor zorgaanbieders is afgesproken.



Zorglevering vanuit meerdere wetten

Zorgaanbieders die vanuit meerdere wetten zorg leveren, hebben (naast de diversiteit aan productcodes) te maken met verschillende eisen en wensen rondom de zorg vanuit de verschillende 'wetten'. Deze verschillen zijn in de praktijk bij het uitvoeren van de zorg moeilijk uit te leggen aan het eigen personeel. Ook het administratief inregelen van deze verschillen en het instrueren van het eigen personeel over deze verschillen per wet, gemeente en zorgkantoor zorgt voor veel extra gesprekken in plaats van het leveren van de benodigde zorg. Aan de andere kant was de decentralisatie juist ook bedoeld voor het inzetten van maatwerk voor de cliënt. Dit was destijds een weloverwogen keuze binnen de Wmo. Dit betreft een andere opgave dan de Wlz en daarmee ook een verschil in het leveren van zorg.

Dit geldt voor zorgaanbieders die zowel in een taakgerichte als inspanningsgerichte uitvoeringsvariant actief zijn. Maar ook voor zorgaanbieders die met meerdere uitvoeringsvarianten lokaal en/of regionaal te maken hebben.



Verantwoording

Zorgaanbieders moeten naast de jaarlijkse financiële verantwoording, ook voldoen aan allerlei aanvullende lokale/regionale vereisten qua verantwoording die contractueel zijn vastgelegd. Dit is vaak in de vorm van KPI's vastgelegd en gaat bijvoorbeeld over het aanleveren van de wachttijden, cliënt-tevredenheid, urenverantwoording en budget-uitnutting. Sommige gemeenten stellen eisen op vanuit de visie om controle/grip te hebben op zorg(aanbieders).
Andere gemeenten kiezen ervoor om 'minder streng' te zijn en meer te vertrouwen in de samenwerking met zorgaanbieders als partners. Deze diversiteit aan verschillende rapportages, format, KPI's en uit te voeren handelingen, zorgen voor veel extra werk bij zorgaanbieders, met name de grote zorgaanbieders die voor meerdere gemeenten/regio's zorg verlenen.

Daarbij stellen zorgaanbieders ook aan hun eigen medewerkers en eventuele onderaannemers, allerlei eisen voor het opvolgen van protocollen en (uren)registratie van de Wmo. Dit leidt voor de professionals tot meer administratief werk, in plaats van het leveren van de benodigde zorg. Deze eisen zijn gedeeltelijk terug te herleiden naar de contractuele voorwaarden met gemeenten en wet- & regelgeving. Maar ook vanuit de organisatie zelf.

Onderzoeksvraag 6:
Waar kan de inzet van (landelijke) standaarden mogelijk de administratieve lasten verlagen bij de taakgerichte en inspanningsgerichte onderzochte gemeenten?

Antwoord

Regionaal beleid volgen



Aanbeveling aan gemeenten
Raakt alleen de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant binnen dit onderzoek

Inkooporganisaties en gemeenten kunnen de uitvoering vereenvoudigen als alle gemeenten in een regionale samenwerking altijd voor alle zorgvormen gezamenlijk zorg inkopen onder dezelfde contractuele voorwaarden. Door gezamenlijk vanuit de regio, met beleid voortvloeiend uit een regionale visie, kunnen issues in de uitvoering, (administratieve) fouten en verwarring bij regionaal werkende zorgaanbieders grotendeels worden voorkomen.

Automatiseren informatiestroom vanuit de toegang



Aanbeveling aan VWS/VNG
Raakt zowel de inspanningsgerichte als taakgerichte uitvoeringsvariant binnen dit onderzoek

Het overtypen van informatie uit verschillende systemen zou verder geminimaliseerd moeten worden. Vooral de informatiestroom vanuit de toegang zou geautomatiseerd of anders ingericht kunnen worden, om tijd te besparen en onnodige fouten in het administratieve proces te voorkomen. Net als bij het landelijke berichtenverkeer kan een gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen de afdeling of organisatie die is aangesteld voor de toegang van de Wmo en de gemeente een uitkomst bieden. Het inzetten van nieuwe standaarden voor deze informatiestroom zal leiden tot administratieve lastenverlichting en het vrijspelen van arbeidskrachten. Om dit landelijk te organiseren en in te richten is een belangrijke rol weggelegd voor de VNG en VWS.

Landelijke tarieven



Aanbeveling aan VWS/VNG
Raakt zowel de inspanningsgerichte als taakgerichte uitvoeringsvariant binnen dit onderzoek

Het zou zowel gemeenten als zorgaanbieders helpen om landelijk (maximum) tarieven te hanteren, zoals bijvoorbeeld ook bij de ZVW plaatsvindt met maximum vastgestelde tarieven door de NZA. Op deze wijze kan dan ook rekening gehouden worden met eventuele verschillende tarieven voor grote zorgaanbieders (veel overhead) en kleine zorgaanbieders (met name de vrijgevestigde aanbieders). Door de kosten landelijk te standaardiseren is het beter uitlegbaar naar

medewerkers van zowel een gemeente, een regionale inkooporganisatie als een zorgaanbieder. Hierbij zou dan eventueel ook nog gewerkt kunnen worden met een 'geografische indexatie/opslag' die rekening houdt met de prijzen voor grond en verblijf. Op deze wijze leidt een vastgesteld (maximum) tarief er niet direct toe dat bijvoorbeeld alle gemeenten buiten de G4 veel hogere tarieven moeten hanteren, wat dan weer leidt tot veel meer kosten in de Wmo.



Gelijke domein-overstijgende zorg

Aanbeveling aan VWS/VNG
Raakt zowel de inspanningsgerichte als taakgerichte uitvoeringsvariant binnen dit onderzoek

Ook hier kan landelijke (domein-overstijgende) standaardisatie een belangrijke rol spelen om te komen tot enerzijds gelijke behandelingen in de zorg, en anderzijds meer uniformiteit qua inrichting van het administratieve proces. Uiteraard geldt hier ook dat er niet voor niets verschillende wetten met verschillende doelen zijn, met ook veelal een verschillende populatie. Ervan uit gaande dat er altijd verschillen zullen blijven bestaan in de Jeugdzorg, Wmo of Wlz, kan landelijke standaardisatie wel leiden tot bepaalde afspraken dat gelijksoortige zorg voor Jeugdzorg, Wmo en Wlz cliënten op een uniforme wijze plaatsvindt. Dit kan er eventueel toe leiden dat er niet meer taakgericht kan worden gefinancierd, aangezien in de andere wetten P*Q wordt gefinancierd.



Uniforme KPI's

Aanbeveling aan VWS/VNG
Raakt zowel de inspanningsgerichte als taakgerichte uitvoeringsvariant binnen dit onderzoek

Mogelijk kan het opstellen van KPI's vanuit gemeenten/regio's ook op een andere wijze georganiseerd worden. Als er kan worden gekomen tot een (landelijke) set van uniforme KPI's, wordt enerzijds de wijze van rapporteren door zorgaanbieders vereenvoudigd en anderzijds kunnen gemeenten profiteren van elkaars expertise (incl. monitoring) op dit gebied en gezamenlijk de KPI's verder doorontwikkelen. Het uniformeren van KPI's kan er uiteindelijk toe leiden dat maatwerk een uitzondering wordt.

Minder en eenvoudigere regels

Aanbeveling aan zorgaanbieders
Raakt zowel de inspanningsgerichte als taakgerichte uitvoeringsvariant binnen dit onderzoek

Het verminderen van de werkdruk is voor een groot gedeelte verbonden met het verminderen en/of vereenvoudigen van regels. Hierin is het van belang om binnen de organisatie gezamenlijk te gaan bepalen welke (gedeeltes van) protocollen of (uren)registraties, wel of niet vereist zijn voor de verantwoording, kwaliteit & continuïteit van de Wmo. Door op een andere manier te kijken naar het gehele uitvoeringsproces, kan mogelijk geconcludeerd worden dat een (groot) aantal standaard administratieve instructies en (dagelijkse) routines vereenvoudigd kunnen worden of

onnodig zijn of mogelijk zelfs dubbel worden uitgevoerd. Door deze activiteit gezamenlijk binnen de organisatie uit te voeren, zal dit uiteindelijk bij zorgprofessionals leiden tot meer betrokkenheid, teambuilding en meer focus op de benodigde zorgverlening.

<u>Elkaar houden aan het SAP</u>



Aanbeveling aan gemeenten en zorgaanbieders
Raakt zowel de inspanningsgerichte als taakgerichte uitvoeringsvariant binnen dit onderzoek

Alle gemeenten hebben met hun zorgaanbieders contractueel vastgelegd, dat zowel gemeente als zorgaanbieders zich houden aan het landelijke Standaard Administratie Protocol voor uitwisseling van gegevens via het iWMO berichtenverkeer.
Als er niet wordt gehouden aan deze landelijke afspraken kan dit onder andere zorgen voor:

- verwarring bij de gebruikers met vragen of de berichten al zijn toegestuurd;
- een (mogelijk) vertekenend beeld bij het verzilveren van de zorg en de daarbij horende budgetten;
- de indruk dat de zorg nog niet is gestart, terwijl dit al wel degelijk het geval is
- de indruk dat de zorg nog doorloopt, terwijl deze al gestopt is.

Veel gemeenten hebben het eigen systeem erop ingericht dat als er een startbericht (WMO305) of een stopbericht (WMO307) wordt ontvangen, (automatisch) een eigen bijdrage (iEB)-bericht (WMO405) naar het CAK wordt gecreëerd. Op het moment dat een zorgaanbieder een startbericht te laat of niet verstuurd, kan dit op een later moment consequenties hebben voor de inwoner die ineens geconfronteerd wordt met een factuur met daarop een hoog bedrag aan eigen bijdrage over de afgelopen x-maanden.

Bij het stopbericht (WMO307) kan het gebeuren dat een inwoner onterecht de eigen bijdrage gefactureerd krijgt en deze ook mogelijk zelfs blijft betalen.

Dit zijn voorbeelden waarmee door het volgen van de Standaard Administratie Protocollen voor het berichtenverkeer de administratieve lasten zowel bij gemeenten als bij zorgaanbieders kunnen worden verminderd.

7.2 Voorwaarden kwantitatieve business case in toekomst

In hoofdstuk 3 in dit eindrapport is aangegeven waarom het op dit moment niet mogelijk is om een kwantitatieve business case te kunnen uitvoeren. Als het op een later moment alsnog gewenst is om een kwantitatief onderzoek uit te voeren, dan is het advies om alleen te starten met het onderzoek als aan de volgende twee voorwaarden kan worden voldaan:

1. De deelname van drie taakgerichte gemeenten die in de afgelopen 5-6 jaar puur werkten conform de definitie en uitgangspunten van de taakgerichte uitvoeringsvariant volgens de handreiking[9], waarvan minimaal één gemeente die het namens een regio uitvoert.
    - *Aangezien het overgrote merendeel van de gemeenten nog inspanningsgericht werkt, is het vinden van drie gemeenten die puur werken volgens de definitie van de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant een stuk eenvoudiger.*

2. De mogelijkheid om in samenwerking met gemeenten de opbouw van de kosten van de Wmo te specificeren tot het diepste niveau, om die vervolgens op te bouwen tot kosten per hoofdcategorie, die onderling wel te vergelijken zijn tussen de gemeenten met verschillende uitvoeringsvarianten.

[9] https://i-sociaaldomein.nl/file/download/868d14c3-ee24-40d1-904a-bbc5750705b5/handreiking-uitvoeringsvarianten-iwmo-en-ijw.pdf

8. Tot slot

Vanuit alle organisaties wordt aangegeven dat de samenwerking tussen alle partijen onderling steeds beter verloopt. Aan de andere kant wordt er ook openlijk gesproken dat er 9 jaar na de decentralisatie weinig vertrouwen is, leidend tot controlevragen. Zeer gedetailleerde P*Q financiering met dito verantwoordingslasten in de declaratie en verantwoording heeft niet tot meer gemeentelijke grip op het Wmo-aanbod geleid. In de hier besproken taakgericht financierende gemeenten lijkt vooral sprake van een naar de hoofdaanbieder/uitvoeringsorganisatie gedelegeerde P*Q financiering. De uitvoering van inspanningsgericht en taakgerichte constructies zijn onderling al zo verschillend, dat het lastig is uitspraken te doen over de doelmatigheid ervan in het algemeen en de bijkomende administratieve last in het bijzonder. Wat we wel weten is dat de lokale/regionale uitvoering van de Wmo valt of staat met een goede samenwerking waarin men elkaar als partners kan vertrouwen en waarin men volledig op elkaar kan bouwen in goede en slechte tijden.

De goede tijden zijn geweest en maken langzamerhand plaats voor slechte tijden, gezien de opgaven die op ons afkomen met een (dubbele) vergrijzing, minder mantelzorgers en krapte op de arbeidsmarkt. Het is de verwachting dat de Wlz gaat vollopen, dus zullen ouderen met complexe problematiek langer op een aanbod moeten wachten. Hoe kunnen we in deze context van een stijgende hulpvraag bij een gelijkblijvende arbeidsmarkt, de wantrouwende relatie tussen gemeente en aanbieder alsnog goed krijgen?

Een eerste stap is door gezamenlijk te kijken naar dezelfde informatie (waarheid) en vervolgens samen het gesprek aan te gaan hoe we de Wmo in de regio of lokaal kunnen verbeteren. Dit betekent dat in ieder geval tot een gezamenlijk beeld moet worden gekomen over de gemeentelijke/regionale zorgvraag en het daarvoor ter beschikking te stellen van een benodigd aanbod, voor zover de randvoorwaarden in personeel en middelen dat toelaten. Niet alles zal meer kunnen, dus stel gezamenlijk prioriteiten.

In de afgelopen jaren is een eerste stap hierin gezet, doordat zowel gemeenten als zorgaanbieders steeds meer inzetten op data-gedreven werken. Aan beide kanten komen steeds geavanceerdere (real-time) dashboards die monitoring en trends nog inzichtelijker maken binnen de Wmo. Alleen is er (nog) geen situatie gecreëerd dat zowel de gemeente, inkooporganisatie en de zorgaanbieder toegang heeft tot hetzelfde centrale lokale of regionale dashboard. Op dit moment heeft iedere organisatie alleen zijn/haar eigen dashboard en deze is op basis van eigen interpretaties en definities opgezet, zodat deze dashboards ook niet of met veel moeite met elkaar te vergelijken zijn.

Een oplossing om te komen tot de benodigde informatiepositie binnen de Wmo is het realiseren van een gezamenlijk ‘partner’-dashboard waarin gemeenten, inkooporganisatie en zorgaanbieders samen toegang hebben tot inzichten in de Wmo die antwoord geven in welke mate de gekozen bekostigingsmodellen toekomstbestendig zijn.

Dit kan zowel landelijk georganiseerd worden door VWS en/of VNG, maar eventueel ook regionaal of lokaal. Partijen maken samen afspraken over het monitoren van de zorgvraag via zo veel mogelijk objectieve indicatoren, zoals bijvoorbeeld het aantal ouderen of beschikbaar personeel.

Het 'partner'-dashboard kan er voor zorgen dat gezamenlijk het juiste gesprek kan worden gevoerd over hoe we de grote vraag naar Wmo zorg in 2040 (die tot 2060 aanhoudt) gaan opvangen. Hoe gaan we het benodigde personeel hiervoor kunnen aantrekken, opleiden en behouden? Hoe houden we het werk uitdagend en behapbaar?

Het beantwoorden van deze essentiële vragen is belangrijker dan het achterhalen van verschillende scores van de onderlinge dashboards. Laten we samen inzetten op het met elkaar scherper krijgen wat nu daadwerkelijk belangrijk is voor het uitvoeren, bewaken van de kwaliteit en de continuïteit van de Wmo.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

de Koning Dienstverlening Sociaal Domein
Paul de Koning