

## Bijlage 3: Marktconsultatie algemeen

Als onderdeel van het inkooptraject voor de Wmo- diensten heeft er een marktconsultatie plaatsgevonden onder een selectie van de huidige zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders zijn geselecteerd door middel van een steekproef. Deze bijlage bundelt de reacties van de zorgaanbieders per vraag. Ook is per vraag vastgelegd hoe de ervaringen en aanbevelingen van de zorgaanbieders zijn verwerkt in de inkoopdocumenten. Wij waarderen de suggesties. Waar de voorstellen bijdragen aan een betere uitvoering of samenwerking, hebben wij deze waar mogelijk overgenomen.

Aantal zorgaanbieders bevroegt: 19

Aantal zorgaanbieders geantwoord: 12

Gezien de krapte op de arbeidsmarkt vragen wij u of u een toekomst voor u ziet waarin medewerkers worden ingezet met een lager kwalificatieniveau onder supervisie van een medewerker die hoger gekwalificeerd is? En ziet u ook nog andere mogelijkheden om in te spelen op de krapte op de arbeidsmarkt? Zo ja, kunt u dit kort toelichten?

### Samenvatting:

De meerderheid van de organisaties staat positief tegenover deze inzet, mits kwaliteit gewaarborgd blijft. Er wordt verwezen naar de Jeugdwet/Wlz en andere gemeenten, waar dit al gebeurt en positieve resultaten behaald worden. Er wordt hierbij door diverse zorgaanbieders wel onderscheid gemaakt tussen de verschillende diensten en doelgroepen. Bij huishoudelijke ondersteuning zijn de opleidingseisen al zeer beperkt en is zodanig inzet van personeel met een lager kwalificatieniveau niet mogelijk. Ook geven sommige organisaties aan dat het niet bij iedere doelgroep mogelijk is. Een zorgaanbieder geeft aan dat dit ook kansen biedt om intern medewerkers door te laten stromen met interne cursussen en trainingen. Ook wordt verwezen naar een artikel van de VNG over competentiegericht werken en het loslaten van opleidingsniveau, dan wel type opleidingen. Een zorgaanbieder deelt de ervaring dat hoogopgeleide medewerkers (HBO en WO) vaak niet lang gemotiveerd blijven voor groeps- en individuele begeleiding. Zodoende wordt geadviseerd deze medewerkers alleen als supervisor of ter consultatie te betrekken. Tot slot wordt door een zorgaanbieder aangegeven dat bij groepsbegeleiding niet zorg-gerelateerde opleidingen soms een meerwaarde hebben bij de activiteiten, mits intern geschoold.

Andere mogelijkheden om in te spelen op de arbeidsmarktkrapte zijn volgens de zorgaanbieders:

- reablement bij huishoudelijke ondersteuning (veelvuldig aangedragen als mogelijkheid door zorgaanbieders);
- samenredzaamheid (community care);
- preventie en vroegsignalering;
- positieve gezondheid;
- eHealth programma's voor cliënten;
- digitale technologie, bijvoorbeeld het beeldbellen naast de fysieke afspraken;
- sterkere toegang;
- centrale wachtlijst;
- sturen op aanwezigheid van het netwerk bij keukentafelgesprek, teneinde lagere inzet huishoudelijke ondersteuning te kunnen bewerkstelligen;
- als cliënten met een indicatie aangeven nog geen hulp te willen/nodig te hebben hier vervolg aan geven door te melden bij gemeente en af te sluiten;
- toestaan inzet van anderstaligen;
- laagdrempelige voorzieningen in de wijk voor lichte hulpvragen zoals leefgemeenschappen, informele zorg en netwerkzorg.

### Conclusie:

Wij waarderen uw suggesties en nemen deze zorgvuldig mee in onze verdere uitwerking van het inkooptraject; waar uw voorstellen bijdragen aan een betere uitvoering of samenwerking, hebben wij deze waar mogelijk overgenomen. Dit geldt voor de mogelijkheid voor de inzet van digitale technologie, aanwezigheid netwerk bij keukentafelgesprek en toestaan inzet van anderstaligen (mits effectieve basiscommunicatie met Capellenaar mogelijk is).

Wij willen benadrukken dat zorgaanbieders medewerkers kunnen inzetten die onder supervisie van een hoger opgeleide of meer ervaren beroepskracht werkzaamheden uitvoeren binnen de Wmo- hulp,

mits dit past binnen hun bekwaamheid en de afgesproken kwaliteitskaders. Met deze mogelijkheid willen wij bijdragen aan een toekomstbestendige inzet van medewerkers in het sociaal domein. Door werkzaamheden te differentiëren en onder supervisie te laten uitvoeren, ontstaat ruimte om beschikbare arbeid beter te benutten. Dit helpt om de effecten van arbeidsmarktkrapte te beperken, terwijl de kwaliteit van ondersteuning behouden blijft. Bovendien biedt dit medewerkers groeikansen en stimuleert het een lerende praktijk binnen de zorgaanbieders.

Hieronder leggen wij uit waarom wij bepaalde voorgestelde mogelijkheden niet opnemen in het inkooptraject.

#### *Positieve gezondheid*

Wij onderschrijven de uitgangspunten van positieve gezondheid als een waardevolle benadering van welzijn en veerkracht. We kiezen er echter bewust voor om deze niet als apart kader of criterium in het inkooptraject Wmo op te nemen omdat de Wmo- inkoop richt zich op het behalen van maatschappelijke resultaten – zoals zelfredzaamheid, participatie en kwaliteit van leven – ongeacht de gekozen methodiek. Positieve gezondheid is één van de mogelijke benaderingen waarmee zorgaanbieders die resultaten kunnen bereiken, maar wij willen u als zorgaanbieder bepaalde ruimte geven om dit op uw eigen manier vorm te geven.

#### *Reablement*

Wij hebben bewust de keuze gemaakt om reablement niet als afzonderlijk product of onderdeel in de productstructuur op te nemen. De uitgangspunten van reablement, het versterken van eigen regie, zelfredzaamheid en herstelgericht werken, zijn reeds integraal opgenomen in de Wmo- producten. Een concreet voorbeeld is hiervan herstelgerichte begeleiding groep. In de praktijk blijkt dat de meerwaarde van een apart reablement-product beperkt is. Gemeenten die hier eerder ervaring mee hebben opgedaan, hebben deze aanpak veelal teruggetrokken of geïntegreerd binnen reguliere begeleiding en ondersteuning. Wij kiezen daarom voor een integrale benadering waarin zorgaanbieders binnen de bestaande producten de ruimte hebben om herstelgerichte en activerende methodieken toe te passen. Op deze manier wordt de doelstelling van reablement gerealiseerd zonder extra productlijnen of versnippering in de uitvoering.

#### *Preventie*

Preventie is een belangrijk speerpunt van gemeentelijk beleid, maar geen onderdeel van Wmo-maatwerkvoorzieningen. De wetgeving en het karakter van maatwerkvoorzieningen zijn gericht op individuele, noodzakelijke ondersteuning, terwijl preventie een breder, collectief doel dient. Wij organiseren en financieren preventie via algemene voorzieningen en andere beleidslijnen.

#### *Wachttijst*

Wij kiezen er bewust voor om geen centrale wachttijst in te richten vanwege de verantwoordelijkheid van gecontracteerde zorgaanbieder. Iedere zorgaanbieder heeft een eigen overeenkomst met de gemeente en is daarmee zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van de overeengekomen prestaties, waaronder de tijdige start van ondersteuning. Een centrale wachttijst zou deze verantwoordelijkheid vertroebelen, omdat het onduidelijk wordt wie verantwoordelijk is voor het tijdig bedienen van een cliënt.

Een centrale wachttijst vereist voortdurende, actuele informatie-uitwisseling tussen alle zorgaanbieders en de gemeente. Dat vraagt veel administratieve inzet, zonder dat het de doorstroming of kwaliteit van ondersteuning aantoonbaar verbetert.

Op welke wijze bent u nu gewend om te rapporteren v.w.b. uw prestatielevering op klantniveau bij andere gemeenten alsook andere v.w.b. andere KPI's. iWmo-berichtgeving wordt hiermee niet bedoeld.

#### **Samenvatting:**

Er wordt onderscheid gemaakt tussen rapporteren op klantniveau en organisatiebrede verantwoording.

Zorgaanbieders geven over rapporteren op klantniveau bij andere gemeenten aan:

- hulpverleningsplannen/ondersteuningsplannen en rapportages op inhoud van zorg als rapport;

- geen afspraken met gemeenten over het aanleveren van rapportages over cliënten, maar mondeling resultaten aan gemeenten toelichten bij herindicatiegesprekken;
- het elektronisch cliëntendossier (ECD), bijv. ONS ontwikkeld door Nedap;
- niet op klantniveau rapporteren aan gemeente voor de prestatielevering (alleen rapportageverplichting op contractniveau of organisatiebreed);
- niet bij huishoudelijke ondersteuning, maar wel bij begeleiding.

Zorgaanbieders geven de volgende voorbeelden van hoe ze aan gemeenten moeten rapporteren op organisatieniveau/KPI's:

- (halfjaarlijkse) managementrapportage met informatie over: aantal geleverde uren/minuten, op- en afschalen, duur van inzet, ZRM, aantal cliënten, aantal klachten en op welke wijze afgehandeld, bijzonderheden, eventuele ontwikkelingen;
- tijdens de periodieke overleggen de data (vormvrij en zonder KPI's) bespreken: cliënten, producten, omzet, klachten, personeel, ontwikkelingen en verwachten dit is vormvrij en er zijn geen KPI's;
- gemeente Drechtsteden gebruikt grotendeels eigen data en benchmarkt deze data met vergelijkbare zorgaanbieders;
- via de mail een format aanleveren die door de gemeente is opgesteld (een vragenlijst of een Excel-bestand);
- gesprekken of rapportages met uitkomsten van het cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoek, eventuele wachtlijsten, ontwikkelingen organisatie/samenwerkingen en eventuele andere klachten en meldingen;

Advies:

- tijdens periodieke overleggen ontwikkelingen bespreken zoals verwachte beleidswijzigingen en de mogelijkheid geven hierin mee te denken.

### **Conclusie:**

Uw suggesties hebben wij waar mogelijk verwerkt in het programma van eisen.

**Staat u achter het voorstel om het strijken van kleding uit de huishoudelijke ondersteuning te halen? Strijkvrije kleding is immers verkrijgbaar voor een klant.**

### **Samenvatting:**

De meeste organisaties staan neutraal tot positief tegenover het voorstel i.v.m. de arbeidsmarktkrapte, mits het zorgvuldig wordt gecommuniceerd met cliënten en de afbouw/stop in goed overleg met zorgaanbieders gaat. Eén zorgaanbieder vraagt zich af of dit daadwerkelijk iets oplevert, gezien de beperkte inzet van strijken.

Adviezen:

- één zorgaanbieder geeft aan juist strijken te gebruiken voor reablement. De cliënt vouwt dan zelf de was op. Zij adviseren strijken (en de gehele wasverzorging) als aparte taak te maken zodat hier rekening mee gehouden kan worden in het ondersteuningsplan;
- wasverzorging uitbesteden aan leer-werkbedrijven;
- niet verplichten om als zorgaanbieder van begeleiding ook huishoudelijke ondersteuning te moeten bieden, omdat ze dan met onderaannemers moeten gaan werken.

### **Conclusie:**

De Centrale Raad van Beroep (CRvB) (hoogste bestuursrechter) heeft aangegeven dat gestreken bovenkleding in het algemeen niet noodzakelijk is om te kunnen participeren in de maatschappij of voor de zelfredzaamheid. De CRvB vindt dat burgers hun eigen kracht kunnen inzetten door voor strijkvrije kleding te kiezen. Wij omarmen deze uitspraak en zodoende is hulp hierbij niet langer noodzakelijk. Wij hebben in het inkoopdocument aandacht gevraagd voor mogelijke toekomstige ontwikkelingen, een wasservice vormt hier een onderdeel van (zie paragraaf 2.6). Wanneer een zorgaanbieder alleen begeleiding wenst te bieden, is dit een mogelijkheid. Zorgaanbieders kunnen op hoofdgroep zich inschrijven.

Werken met een uitstroomprofiel bij individuele begeleiding: na iedere toewijzing stelt de aanbieder een uitstroomprofiel of ontwikkelingsperspectief op. Heeft u suggesties voor een nadere concretisering van het uitstroomprofiel en op welke wijze kan deze gedeeld worden met de gemeente? Met een uitstroomprofiel of ontwikkelingsperspectief wordt het volgende bedoeld: de verwachte uitstroombestemming van de cliënt met een onderbouwing van de verwachte uitstroombestemming met in elk geval een weergave van belemmerende en bevorderende factoren. Ook wordt verwacht dat een beschrijving aangeboden wordt waarin de te bieden ondersteuning/begeleiding wordt gemotiveerd.

#### **Samenvatting:**

Zorgaanbieders die deze vraag beantwoord hebben, verschillen van mening over het gebruik van een uitstroomprofiel. Sommigen lijkt het zinvol en/of maken er al gebruik van, anderen vinden het niet geschikt voor bepaalde doelgroep ((kwetsbare) ouderen/verstandelijk of lichamelijk beperkten/cliënten met NAH) of zien risico's bij het gebruik van uitstroomprofielen.

Aandachtspunten bij het gebruik van uitstroomprofielen:

- aandacht voor reablement;
- begeleiding is maatwerk en de inzet van uitstroomprofielen mag niet ten koste gaan van de individuele behoeften van de inwoner;
- voldoende aandacht en tijd voor een goede overgang;
- realistische inschatting van de haalbaarheid van de overgang naar zelfstandigheid;
- de scheiding tussen wonen en zorg in uitstroomprofielen bewaken;
- vrij laten aan de zorgaanbieder of ze het format van de gemeente of een eigen format gebruiken (dat alle benodigde informatie bevat);
- aandacht voor hoe het netwerk vergroot kan worden en/of op welke wijze het netwerk ingezet kan worden, welke voorliggende voorzieningen er zijn en wat de cliënt nodig heeft om daar gebruik van te gaan maken; welke mogelijke belemmeringen (of risico's) er bij client zijn.

Risico's bij het gebruik van uitstroomprofielen:

- risico op te veel focus op afbouw;
- niet elke cliënt kan ook daadwerkelijk uitstromen;
- behoorlijke administratieve belasting voor de medewerkers van de zorgaanbieders, want vereist extra registraties, monitoring en evaluatie (advies: uitstroomprofiel opnemen in hulpverlenersplan);
- kans op meer bureaucratie als het niet goed wordt ingebed in bestaande werkprocessen;
- een vast profiel kan botsen met de diversiteit in ondersteuningsbehoeften, waardoor risico op 'one size fits all' benadering en onbedoelde uitsluiting van mensen met langdurige ondersteuningsvragen;
- professionals kunnen zich klemgezet voelen tussen uitstroom verwachtingen en wat zij nodig achten voor de cliënt.

#### **Conclusie:**

De aanbevelingen en opmerkingen zijn deels overgenomen en beschreven in het pakket van eisen (onderdeel ondersteuningsplan, evaluatie en herindicatie).

Wat zijn uw suggesties voor de gemeente om de inzet van digitale mogelijkheden in uw hulpverlening naar de klant via dit inkooptraject te vergroten?

#### **Samenvatting:**

Vrijwel alle zorgaanbieders zien kansen om digitale mogelijkheden in te zetten in de hulpverlening. Door enkele zorgaanbieders wordt aangegeven dat de inzet deels afhankelijk is van de doelgroep en hoe digitaalvaardig een client is. De volgende adviezen worden gegeven:

- neem digitale dienstverlening op in de voorwaarden van het contract;
- zet er een (kostendekkende) vergoeding tegenover staat. In de Zvw en de Wlz mag je de kosten voor de inzet op cliëtniveau in zijn geheel maandelijks declareren;
- neem in het inkooptraject ruimte op voor (experimenteren met) innovatieve digitale oplossingen (bijv. Kleinschalige pilots of proeftuinen) en houdt hier rekening mee in de kostprijsberekening;
- faciliteer de inzet van digitale mogelijkheden door flexibiliteit mee te nemen in de productbeschrijvingen en het centraal te zetten in de samenwerking;

- zorg dat cliënten digitale hulpmiddelen tot hun beschikking hebben;
- zorgen dat cliënten digitaal vaardig zijn om met de middelen om te kunnen gaan;
- financiële ruimte bieden zodat zorgaanbieders medewerkers kunnen trainen en kunnen faciliteren in benodigde hard- en software;
- administratieve lasten laag houden, denk bijvoorbeeld aan voorkomen van tijdsverlies door verplichten van toestemmingsformulieren;
- digitale begeleiding zien als een aanvulling op face-to-face begeleiding, niet als een vervanging;

Aangedragen digitale mogelijkheden zijn:

- hybride dienstverlening door zowel fysieke als digitale contactmomenten aan te bieden, bijvoorbeeld beeldbellen en digitale dagbesteding;
- inzet van robotstofzuiger;
- inzet van dagstructuur hulpmiddelen (dementieklok, 'Tessa' etc.);
- digitaal klantportaal waarop de cliënt zelf de planning kan inzien, wijzigingen doorgeven, laatste nieuwsberichten kan lezen etc;
- inzet van eHealth producten voor de huishoudelijke ondersteuning en begeleiding individueel;
- inzet van beeldzorg.

### **Conclusie:**

Wij omarmen digitale inzet als volwaardige vorm van hulp, omdat dit aansluit bij de ambitie om ondersteuning laagdrempelig, flexibel en toekomstbestendig te organiseren. Digitale hulpmiddelen maken het mogelijk om snel en efficiënt contact te houden, Capellenaren meer regie over hun eigen ondersteuning te geven en continuïteit van zorg te waarborgen – ook als fysieke afspraken tijdelijk niet mogelijk zijn.

Digitale vormen van hulp, zoals beeldbellen en blended begeleiding (combinatie van fysieke, face-to-face contacten en digitale, online hulpmiddelen om iemand te ondersteunen), bieden daarnaast kansen om maatwerk te leveren.

Cliënten kunnen kiezen voor de vorm die het beste past bij hun situatie, vaardigheden en voorkeuren. Voor bepaalde doelgroepen betekent digitale ondersteuning bovendien meer zelfstandigheid en minder afhankelijkheid van reistijd of fysieke aanwezigheid.

Wij zien digitale inzet daarom niet als vervanging, maar als waardevolle aanvulling op persoonlijke, face-to-face ondersteuning. Door ruimte te bieden voor digitale vormen van hulp stimuleren wij innovatie, efficiëntie en een toegankelijke, inclusieve Wmo-ondersteuning die aansluit bij de huidige tijd en bij de wensen van Capellenaren. Informatie hierover is ook opgenomen in het inkoopdocument paragraaf 2.6 (ontwikkelingen).

**Ziet u voor de gemeente mogelijkheden om de administratieve lasten voor zowel gemeente als zorgaanbieder te verminderen? Zo ja op welke manier?**

### **Samenvatting:**

Gebruik van iWmo berichtenverkeer en de contractstandaarden, een efficiënt (her)indicatieproces, indicaties afgeven voor onbepaalde tijd, een vereenvoudiging van de financiële verantwoording, overleggen met zorgaanbieders om knelpunten/ontwikkelingen rond administratie te bespreken, resultaatgerichte financiering of bandbreedte en alleen data uitvragen die niet bekend is bij de zorgaanbieder zijn onderwerpen die door meerdere zorgaanbieders worden genoemd om de administratieve lasten voor zowel de gemeente als de zorgaanbieder te verminderen.

### **Conclusie:**

De meeste punten hebben wij toegepast in deze inkoopprocedure. De contractstandaarden zijn toegepast en ook het gebruik van het berichtenverkeer iWmo is opgenomen (zijn ook landelijk verplicht). Om te zorgen dat afspraken rond het berichtenverkeer duidelijk zijn, hebben wij in bijlage 10 de Capelse versie van het Standaard Administratie Protocol opgenomen waarbij de opbouw van het landelijke protocol gebruikt is zodat de vindbaarheid voor situaties voor de zorgaanbieders vergroot wordt. Verder onderschrijven wij dat een efficiënt (her)indicatieproces belangrijk is. In paragraaf 2.6 van het inkoopdocument staat het eventuele invoering van het 317-bericht (Verzoek om Wijziging) als ontwikkeling opgenomen. Het afgeven van indicaties voor onbepaalde tijd is opgenomen in paragraaf 2.1.3 onder het kopje passende hulp. Bij meldingen wordt altijd passend besloten. Voor Capellenaren met blijvende of duurzame beperkingen kunnen indicaties voor onbepaalde tijd worden afgegeven. De suggesties die gedaan zijn rond het organiseren van overleggen met zorgaanbieders over

ontwikkelingen en/of knelpunten in de administratie omarmen wij en hebben wij opgenomen in eis 13.1.

Voor de financiële verantwoording houden wij ons aan het landelijke protocol. Daarnaast gaan wij bij de meeste producten geen resultaatgerichte financiering toepassen omdat het normenkader van HHM toegepast gaat worden.

**Zijn er afspraken met gemeenten die u liever niet ziet in deze aanbesteding omdat deze de administratieve lasten voor zowel de gemeente als de zorgaanbieder verhogen? Zo ja welke en waarom niet?**

**Samenvatting:**

Het aanleveren van extra (verantwoordings)rapportage moet voorkomen worden. Alleen informatie die niet bij ons bekend is en waarbij de informatie daadwerkelijk sturingsinformatie oplevert kan nuttig zijn. Daarnaast geven enkele zorgaanbieders aan om niet te veel verschillende producten te gebruiken.

**Conclusie:**

Wij vinden het belangrijk dat zorgaanbieder tijd en middelen zoveel mogelijk kunnen inzetten voor het daadwerkelijk bieden van hulp. Daarom vragen wij niet meer verantwoordingsinformatie dan die in onze ogen strikt noodzakelijk is voor de uitvoering, monitoring en wettelijke verantwoording. Uw suggesties zijn dan ook meegenomen in de totstandkoming van de eisen op dit vlak.

**De indruk kan ontstaan dat financiering via de PxQ- constructie (inspanningsgericht) niet stimulerend is voor transformatie & innovatie. Hoe kan dit volgens u toch worden bereikt?**

**Samenvatting:**

Meerdere zorgaanbieders onderschrijven dat deze constructie niet stimulerend is voor transformatie en innovatie. Meerdere zorgaanbieders raden deze variant af en geven aan dat de huidige systematiek (resultaatgerichte bekostiging) meer perspectief biedt. De huidige bekostiging zorgt dat ondersteuning flexibel inzetbaar is op vraag van de client (vraaggericht werken). Een zorgaanbieder is het er niet mee eens en is van mening dat innovatie niet afhankelijk is van een vast budget per cliënt of per organisatie. Zorgaanbieders zijn er sowieso mee bezig omdat ze voor meerdere financiers werken.

Aanbevelingen van zorgaanbieders om transformatie en innovatie te bereiken bij een PxQ- constructie (inspanningsgericht) zijn:

- focus op resultaten en waarde in plaats van op volume;
- experimenten met digitale innovaties goed financieren en toegankelijk maken: bijv. door een deel van de behaalde besparing extra toe te kennen aan de zorgaanbieder voor de implementatie van nieuwe technologieën/(proces)innovatie of een percentage voor innovatie opnemen in de kostprijsberekening of een innovatiebudget/ innovatiesubsidie/toeslag;
- transformatie en innovatie als agendapunt voor de contractmanagementgesprekken en/of gesprekken over de visie en koers van een organisatie;
- zorgaanbieders de mogelijkheid bieden zelf te indiceren, vergelijkbaar met de wijkverpleging waardoor kan sneller op- en afgeschaald worden;
- reablement implementeren, dit zorgt op de lange termijn voor meer onafhankelijkheid van de cliënt en mogelijk neemt de zorgvraag dan af;
- door ruimte te geven in de wijze van het daadwerkelijk invullen van de uitvoering van hulpverlening;
- samenwerking opzoeken vanuit Capelle/Krimpen verbonden;
- biedt de mogelijkheden om tijdens de looptijd van het contract de productstructuur en productdefinities te wijzigen of aan te vullen;
- deel ideeën t.a.v. transformatie & innovatie met zorgaanbieders en vraag uit wat zorgaanbieders doen/ kunnen gaan doen.

**Conclusie:**

*PxQ financiering*

Wij volgen in onze werkwijze de recente uitspraak van de CRvB waarin is bepaald dat de inzet van Wmo-hulp moet voldoen aan de wettelijke eis van een concrete en toetsbare indicatieomvang, uitgedrukt in minuten/uren. Dit betekent dat wij bij het toekennen van een maatwerkvoorziening



duidelijk vastleggen hoeveel ondersteuning een Capellenaar ontvangt, zodat zowel de Capellenaar als de zorgaanbieder weet welke inzet verwacht mag worden.

Wanneer de omvang van de indicatie wordt vastgesteld in uren per week, past daar een inspanningsgerichte (PxQ)financiering bij. In dat model wordt de vergoeding bepaald door het aantal gerealiseerde minuten/uren (de prestatie) maal het overeengekomen tarief (de prijs). Wij kiezen hiermee voor een duidelijke, rechtmatige en transparante werkwijze die recht doet aan de uitspraak van de CRvB, én voor een logische koppeling tussen indicatie, uitvoering en bekostiging. Dit zorgt voor helderheid richting Capellenaren, uitvoerbaarheid voor zorgaanbieders en een eenduidige basis voor toezicht en verantwoording.

### *Innovatie*

Wij waarderen de inbreng die hebben benadrukt dat resultaatgerichte financiering en ruimte voor innovatie kunnen bijdragen. Deze signalen onderstrepen de gezamenlijke ambitie om de Wmo-ondersteuning toekomstgericht vorm te geven. Tegelijkertijd kiezen wij er in dit inkooptraject bewust voor om innovatie niet als afzonderlijk onderdeel of als onderdeel van het tarief op te nemen.

De belangrijkste reden hiervoor is dat de komende contractperiode primair gericht is op uitvoerbaarheid. De focus ligt op het borgen van een transparante relatie tussen indicatie, inzet en resultaat voor de Capellenaar, in lijn met de recente jurisprudentie (CRvB).

Wij blijven innovatie echter van groot belang vinden en wil dit onderwerp in de contractfase en de samenwerking na gunning verder vormgeven, bijvoorbeeld via pilots, kennisdeling of verbeterinitiatieven binnen de bestaande contractuele kaders. Tevens verwachten wij van iedere zorgaanbieder innovatie in haar bedrijfsvoering en werkzaamheden om de eigen kostprijs zo laag mogelijk te houden.

**Wij willen voor het indiceren van de huishoudelijke ondersteuning alsook individuele begeleiding gebruik gaan maken van het HHM-normenkader. Bij het toepassen van het HHM-normenkader wordt er geïndiceerd op minuten. Hoe kijkt u aan tegen het afronden naar 5 minuten?**

### **Samenvatting:**

Zorgaanbieders hebben gereageerd op het gebruik van het normenkader en op de afronding. Een aantal zorgaanbieders geeft aan de voorkeur te geven aan indicaties in klassen i.p.v. in minuten. Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen huishoudelijke ondersteuning en individuele begeleiding. De meeste organisaties staan positief tegenover het afronden op vijf minuten.

Aanbevelingen ten aanzien van de normenkaders:

- bij begeleiding werken met doelgerichte inschatting van inzet (licht/midden/zwaar), bandbreedtes per ondersteuningsdoel en afwegingskaders in plaats van strakke normtijden;
- het vijf minuten kader geeft weinig ruimte voor op- en afschaling bij life-events of juist meer inzet van het netwerk.

Aanbevelingen ten aanzien van de afronding op vijf minuten:

- rond af op 5 minuten is voor huishoudelijke ondersteuning een optie, mits dit niet leidt tot structurele onder- of overcompensatie;
- bied ruimte voor maatwerk, bijvoorbeeld bij complexe situaties;
- bied de zorgaanbieder ruimte om binnen het kader inzet te bepalen;
- zorg voor tarieven passend binnen het normenkader;
- zorg voor heldere afrondingsregels die uniform worden toegepast;
- afronden op kwartieren, omdat dit planning technisch en ook in de uitvoeringspraktijk beter te verwerken en uit te leggen is aan inwoners;
- in samenhang met het punt van administratieve last is het afronden naar 15 minuten of 30 minuten beter haalbaar;
- afronden op 1 minuut is ook haalbaar.

### **Conclusie:**

Het gebruik van het normenkader maakt dat indicaties een omvang kennen in minuten. Wij zijn van oordeel dat het niet zinvol is om indicaties per minuut te bepalen. Door af te ronden op 5 minuten wordt het eenvoudiger om indicaties te registreren, te communiceren en toe te passen. Afronding op 5 minuten helpt om de administratieve last te verminderen, omdat het fijnmazig bijhouden van minuten tijdrovend is zonder dat dit daadwerkelijk de zorgverlening verbetert.

Het verschil tussen bijvoorbeeld 7 minuten en 8 minuten indicatie is in de praktijk meestal niet significant voor het organiseren van de zorg. Afronding voorkomt een vals gevoel van precisie. Kortom: afronden op 5 minuten is een balans tussen nauwkeurigheid en praktische uitvoerbaarheid binnen het normenkader HHM voor Wmo- indicaties.

**Gemeente Capelle aan den IJssel heeft een subsidierelatie met Stichting Welzijn Capelle. Met hen hebben wij een pilot 'Begeleiding in de Wijk. Het doel is om zo licht als mogelijk passende ondersteuning te bieden aan cliënt die een hulpvraag hebben op het gebied van persoonlijke ondersteuning. Een toekomstig scenario kan zijn dat de toegang voor individuele ondersteuning belegd wordt bij Stichting Welzijn Capelle. Welke uitdagingen en welke mogelijkheden ziet u daardoor ontstaan?**

**Aanbevelingen:**

- niet de toegang bij Stichting Welzijn Capelle (SWC), wel de uitvoering van lichte ondersteuning;
- lichte ondersteuningsvragen laten uitvoeren door medewerkers ho;
- als de toegang bij SWC ligt zorgen voor een gestructureerde samenwerking tussen SWC en de netwerkpartners in de wijk, zodat de ondersteuning integraal afgestemd kan worden passend bij de hulpvraag van de client;
- ontmoeting als voorliggende voorziening in alle wijken mogelijk maken in de combinatie met geïndiceerde ontmoeting, begeleiding en zorg. Op deze wijze steunstructuren organiseren, zodat mensen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen;
- organiseer de toegang als onderdeel van de wijkteams;
- welzijnswerk via de zorgaanbieder, waardoor de zorgaanbieder een passend aanbod kan maken met zoveel mogelijk dezelfde professionals waardoor informatie niet verloren gaat tijdens overdrachten;
- periodiek overleg met de zorgaanbieders, gemeente en Stichting Welzijn Capelle waardoor knelpunten vroegtijdig kunnen worden gesignaleerd en succesverhalen worden gedeeld;
- indicatiestelling voor de Wmo door wijkverpleegkundigen, thuisbegeleiders en casemanagers dementie.

**Mogelijkheden die worden gezien:**

- door de centrale plek van SWC in de wijk, kunnen hulpvragen sneller worden gesignaleerd en opgepakt;
- een versterking van de sociale basis;
- het efficiëntere inzet van middelen, doordat lichte hulpvragen binnen het welzijnsdomein worden opgelost en de zwaardere zorgvormen beschikbaar blijven voor wie die echt nodig heeft.

**Uitdagingen die worden gezien:**

- hulpvragen die niet geschikt zijn voor afhandeling binnen het welzijnsdomein. Er moet tijdig expertise ingeschakeld worden om escalatie te voorkomen;
- een objectieve, toegankelijke en deskundige toegangspoort, want wanneer SWC de toegang gaat organiseren, is er risico op vermenging van rollen;
- de rol van de gemeente als toezichthouder, verantwoording en sturing moet helder zijn;
- gelijkwaardigheid t.o.v. andere zorgaanbieders is in het geding en daarmee de keuzevrijheid van de client;
- kans op versobering van het aanbod richting klanten, wat kan resulteren in afwenteling naar mantelzorg, vrijwilligers of Zvw, terwijl de Wmo de verantwoordelijkheid is;
- de kans dat er een hoofd- en onderaannemers-constructie (H&O constructie) ontstaat met Stichting Welzijn Capelle;
- goede borging van de rechtszekerheid voor klanten;
- geen direct zicht meer op de toegang waardoor afstand tot de persoonlijke ondersteuning. Hierdoor gebrek aan mogelijkheid om snel te schakelen en in te springen op ontwikkelingen;
- de complexe casuïstiek die dan wordt doorgeschoven naar het maatwerk moet worden bediend wat met de arbeidskrapte een uitdaging is;
- wachtlijsten bij SWC;
- voldoende kennis bij SWC over het actuele zorgaanbod, wachtlijsten en specifieke expertise van zorgaanbieders, complexe en/of domeinoverstijgend zorgvragen.



**Conclusie:**

De pilot 'Begeleiding in de Wijk' is opgenomen in het inkoopdocument bij de ontwikkelingen in paragraaf 2.6. De pilot wordt op dit moment verder uitgewerkt. Uw mogelijkheden en uitdagingen worden meegenomen in deze ontwikkeling.

In de praktijk merken wij dat het Start Zorg (305)- bericht vaak overeenkomt met de toewijzing begindatum (301). Het is niet aannemelijk dat dit altijd dezelfde dag is. Als dit in uw organisatie ook het geval is, kunt u uitleggen waardoor dit komt?

**Samenvatting:**

Dit komt met name voor bij herindicaties waarbij het startzorg (305)- bericht aansluit op het stopzorg (307) - bericht.

**Conclusie:**

Wij nemen deze informatie mee tijdens de controle op het berichtenverkeer.

Het komt in de praktijk regelmatig voor dat er nog geen 305 bij de gemeente binnen is, maar wij wel al een 323 ontvangen. Soms wordt de 305 helemaal niet of pas na maanden na start zorg verzonden. Het te laat aanleveren van de 305 is voor zowel gemeente als client nadelig. De 305 is namelijk de trigger voor het eigen bijdrage proces richting het CAK. Als de 305 te laat verstuurd wordt, wordt het eigen bijdrage proces later op gang gebracht. Dit kan leiden tot een stapelfactuur voor de client. Ook kan dit zorgen voor minder eigen bijdrage opbrengst als de 305 heel laat binnenkomt. Wij willen hier als gemeente beter op gaan controleren. Wij kunnen bij constatering dat een 323 is verzonden maar er nog geen 305 is verzonden de zorgaanbieder buiten het berichtenverkeer verzoeken alsnog een 305 te versturen (via email). Wij hebben echter ook de mogelijkheid om dit via het berichtenverkeer te laten verlopen. De 323 wordt dan automatisch afgekeurd als er nog geen 305 binnen is. Onze voorkeur is om dit via deze manier te laten verlopen zodat wij minder buiten het berichtenverkeer gaan werken en met elkaar de administratieve lasten verlagen. Wat vindt u van deze mogelijkheid?

**Samenvatting:**

De meeste zorgaanbieders steunen deze aanpak vanwege het feit dat communicatie dan via berichtenverkeer gaat i.p.v. email. Wel moet de invoering duidelijk, eenduidig en zorgvuldig gebeuren.. Meerdere zorgaanbieders geven aan dat het versturen van een 323 zonder een 305 (bijna) niet voorkomt omdat hun software hierop ingericht is dat dit niet mogelijk is. Wel wordt de opmerking gemaakt dat deze werkwijze volgens de standaarden niet is toegestaan omdat er geen afhankelijkheid mag bestaan tussen regieberichten (305-307) en het declaratieproces.

**Conclusie:**

In de i-standaarden (OP364) is vastgelegd dat er geen afhankelijkheid mag zijn tussen regieberichten en het declaratieproces. Daarom zetten wij het vinkje niet standaard aan. Voor gecontracteerde zorgaanbieders die hier wel meerwaarde in zien, kunnen wij het vinkje op verzoek activeren, maar uitsluitend in overleg. Wij zullen dit ook zo beschrijven in het Capels Administratie Protocol Wmo (bijlage 10a en bijlage 10b).

Heeft u ook ervaring in het gebruik van de lwmo-berichten 315 en/of 317? Zo ja, wat zijn uw ervaringen?

**Samenvatting:**

De meeste zorgaanbieders geven aan ervaringen te hebben met het gebruik van 315/317 berichten. Enkele zorgaanbieders zijn in zijn geheel positief doordat het leidt tot procesversnelling en lastenverlichting.

Andere zorgaanbieders zijn alleen positief als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan en knelpunten worden opgelost. Denk hierbij aan duidelijke afspraken in proces die gezamenlijk tussen zorgaanbieder en gemeenten moet worden opgesteld, goede inrichting van processen en software van gemeenten, snelle reactietijd.

**Conclusie:**

Wij hebben ze vraag beoordeeld samen met de antwoorden op de vragen *Hoe staat u ten opzichte van het gebruik van iWmo-bericht 315?* en *Hoe staat u ten opzicht van het gebruik van het iWmo-bericht 317?* Zie de conclusies bij deze vragen.

**Hoe staat u ten opzichte van het gebruik van het lwmo-bericht 315?****Samenvatting:**

Een aantal zorgaanbieders is positief over het gebruik van een 315-bericht, een aantal alleen als het bij de ons grotendeels geautomatiseerd is en/of technisch goed werkt. Er zijn echter ook zorgaanbieders die meer informatie nodig hebben voordat een uitspraak gedaan kan worden. Ook zijn er enkele zorgaanbieders die het 315-bericht in de Wmo niet als voorkeur hebben.

**Conclusie:**

Wij zien meerwaarde om zoveel als mogelijk via het berichtenverkeer te werken. Echter gezien het wisselend beeld van de zorgaanbieders en vanwege het feit dat de toegang bij de ons als gemeente ligt hebben wij het 315-bericht (Verzoek om Toewijzing/VOT-bericht) vooralsnog niet als optie opgenomen in het berichtenverkeer.

**Hoe staat u ten opzichte van het gebruik van het lwmo-bericht 317?****Samenvatting:**

De algemene reactie van de zorgaanbieders is positief, mits de voorwaarden en afspraken helder zijn. Nadelen worden echter ook gezien zoals het niet kunnen indienen met terugwerkende kracht.

**Conclusie:**

Wij zien meerwaarde om zoveel als mogelijk via het berichtenverkeer te werken. Gezien de algemene positieve indruk willen wij het invoeren van het 317-bericht (Verzoek om Wijziging / VOW-bericht) in de toekomst gaan gebruiken. Dit willen wij alleen doen na overleg te hebben gehad met de zorgaanbieders. Wij hebben daarom in het inkoopdocument bij ontwikkelingen (paragraaf 2.6) het verder uitwerken van een eventuele invoering 317-bericht opgenomen.