

Informatie, advies en cliëntondersteuning

Deelnotitie in het kader van de Wmo

Vastgesteld door de raad d.d. 28-09-2006

Inhoud deelnotitie Individuele verstrekkingen	Blz.
Inhoudsopgave	1
Voorwoord	3
Samenvatting, voorstellen en aandachtspunten	4
1 Inleiding	9
1.1 De wet maatschappelijke ondersteuning	9
1.2 Opbouw rapportage	9
2 Individuele verstrekkingen	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Vraag naar individuele verstrekkingen	13
3 Huidige individuele verstrekkingen in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)	15
3.1 Algemeen	15
3.2 Herijking Wvg	15
4 Huishoudelijke verzorging (hulp bij het huishouden)	20
4.1 Algemeen	20
4.2 Definitie huishoudelijke zorg	20
4.3 Overgangsrecht	22
5 Kwaliteitseisen zorgverlening	25
6 Toegang tot de zorg	27
6.1 Algemeen	27
6.2 Indicatiemodellen hulp bij het huishouden	27
6.3 Positie mantelzorger	29
7 Relevante leveranciers	34
7.1 Situatie Emmen	34
7.2 Veranderingen in leveranciers	35
8 Eigen bijdrage	37
8.1 Algemeen	37
8.2 Varianten eigenbijdrage regeling	38
8.3 Anticumulatiebeding	42
8.4 Het innen van de eigen bijdrage	42

8.5 Regionale samenwerking	43
8.6 Ontwikkeling eigenbijdrage systematiek	43
9 Soorten verstrekkingen	44
9.1 Zorg in natura	44
9.2 PGB	44
9.3 Financiën	45
9.4 Zorg in natura en PGB: voor- en nadelen	45
9.5 Regionale afstemming	46
9.6 Conclusie	47
10 Inkoop en aanbesteden	49
10.1 Algemeen	49
10.2 Geen subsidieverlening	49
10.3 Mogelijkheden	50
10.4 Advies werkgroep	51
10.5 Meer alfahulp	51
11 Regionale samenwerking	52
12 Implementatie individuele verstrekkingen	53
13 Financiële paragraaf	57
13.1 Hoe worden de financiële consequenties in kaart gebracht?	57
13.2 Kosten van verstrekking van de HH	57
13.3 Financieel overzicht kosten Wmo	58
13.4 Incidentele kosten	64
13.5 Conclusie en aanbeveling	635
Bijlagen	656
Bijlage 1: lijst met gebruikte afkortingen	66
Bijlage 2: Indicatiemodellen voor individuele verstrekkingen	67

Voorwoord

De notitie individuele verstrekkingen is één van de drie deelnotities die u worden aangeboden in verband met de uitwerking van het beleid voor kwetsbare burgers. De notitie maakt onderdeel uit van de 2^e fase zoals genoemd in het projectvoorstel Wmo d.d. 30 januari 2006.

Tegelijkertijd met de totstandkoming van deze notitie is gewerkt aan de kadervoorstellen Wmo. Deze kaders worden in een separate kadernota aangeboden.

Uitgegaan wordt van de keuze voor de zogenaamde brede variant van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Dat betekent dat herijking van het gehele sociale beleid plaatsvindt. Met het oog op vraagsturing, kostenbeheersing en het voorkómen van vershraling van het voorzieningenniveau wordt getracht samenhang aan te brengen in lokaal beleid op het gebied van wonen, werken, welzijn, zorg en inkomen; ook wordt gewerkt aan de ontwikkeling van maatschappelijke verbanden om de zelfredzaamheid van burgers te bevorderen. Met de herijking van het sociale beleid gemeente Emmen zal een start gemaakt worden in het najaar 2007. Begin 2008 zal er immers een vierjarig beleidsplan Wmo gereed moeten zijn.

De Drentse gemeenten hebben binnen de Vereniging Drentse Gemeenten (VDG) diverse onderdelen van de Wmo uitgewerkt. Daarbij werd gewerkt in werkgroepen. De gemeente Emmen was ingedeeld in de regio Zuid Oost en nam deel aan de werkgroep communicatie en bedrijfsvoering.

De uitkomsten van de werkgroepen kunnen het best omschreven worden als halffabrikaten waarin algemene beschrijvingen zijn gemaakt en keuzemogelijkheden worden benoemd. In deze notitie is gebruik gemaakt van de uitkomsten van deze Drentse werkgroepen.

De verschillende werkgroepen van de gemeente Emmen, i.c. afdeling Maatschappelijke Zaken en Zorg, hebben een belangrijk aandeel geleverd in de bouwstenen van deze notitie.

Er zijn participatiebijeenkomsten gehouden met instellingen, vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties en burgers van de gemeente Emmen. De vragen, opmerkingen, tips en adviezen die tijdens

deze bijeenkomsten naar voren kwamen, zijn meegenomen in deze notitie- of, als deze niet meegenomen zijn, is de inbrengende organisatie door middel van een memoriaal van antwoord voorzien van de argumenten.

Samenvatting, voorstellen en aandachtspunten

Algemeen

De Wet maatschappelijke ondersteuning noodzaakt de gemeente om keuzes te maken. Een (te) krap budget noodzaakt goed te kijken naar de voorzieningen die aangeboden gaan worden. Welke voorzieningen de gemeente ook aanbiedt, klantvriendelijkheid dient altijd het uitgangspunt te zijn. Burgers die een beroep doen op ondersteuning, dienen snel geholpen te worden. Met (tijdelijke) ondersteuning kan deze persoon weer meedoen.

Specifiek

De adviezen/voorstellen die wij hebben voor de uitvoering van het pakket individuele verstrekkingen zijn:

Onderwerp	Advies	Aandachtspunten
Herijking Wvg	<p>§ Herijking Wvg ter hand nemen. Uitgangspunt is een sociaal, maar reëel beleid, inzetten op preventie en gepaste collectieve voorzieningen.</p> <p>§ Besparing verder in kaart brengen.</p> <p>§ Eigenbijdrage systematiek invoeren.</p> <p>§ Handhaving c.q. hercontrole voorzieningen uitbreiden naar alle individuele verstrekkingen.</p>	<p>§ De problematiek bij de GGD in kaart brengen en gelijktijdig maar separaat naast het Wmo-traject behandelen.</p> <p>§ De positie van de mantel-zorger in het indicatieproces helder beschrijven.</p>
Hulp bij het huishouden	<p>§ Definitie HH overnemen vanuit de AWBZ.</p>	<p>§ Definitie HH ontwikkelen met het</p>

	<p>§ Gedurende de overgangsfase de ruilzorg (zorg waarbij de cliënt een Awbz-indicatie heeft voor huishoudelijke verzorging maar in de praktijk een andere vorm van Awbz-zorg ontvangt, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging) voor "oude cliënten" te accepteren tot uiterlijk 1 januari 2008.</p>	<p>oog op het 4-jarig beleidsplan Wmo</p>
<p>Toegang tot de zorg</p>	<p>§ De gemeente Emmen kiest voor het gemeentemodel. Dit model sluit aan bij het huidige Wvg model.</p> <p>§ Eenvoudige indicaties zelf uitvoeren en voor complexe situaties een extern advies aanvragen.</p> <p>§ De gemeente kiest voor het verlenen van het alleenrecht aan GGD of CIZ.</p> <p>§ Gemeente Emmen formuleert haar eigen toegangscriteria tot de zorg.</p> <p>§ De gemeente ontwerpt tevens een procedure, die uitgaat van indicatiestelling aan de basis, d.w.z. dat een indicatie van een huisarts, specialist, zogaanbieder wordt aangemerkt als indicatiestelling.</p> <p>§ De gemeente geeft aan op welke wijze en tot welk bedrag een indicatievrije zone kan</p>	<p>§ De problematiek van de GGD in kaart te brengen en gelijktijdig maar gescheiden d.w.z. naast het Wmo-traject te behandelen.</p> <p>§ De positie van de mantelzorger in het indicatieproces helder beschrijven.</p>

	<p>worden ingevoerd</p> <p>§ De gemeente stelt beleid op voor steekproefsgewijze controle achteraf en sanctiebeleid in geval van geconstateerd misbruik en/of fraude.</p>	
Eigen bijdrage	<p>§ Eigen bijdrage invoeren voor alle individuele verstrekkingen.</p>	<p>§ De ontwikkeling van een eigenbijdrage systematiek met daarin afstemming tussen HH, voorzieningen Wvg en bijzondere bijstand.</p> <p>§ Afstemming van de eigenbijdrage systematiek met de regio-gemeenten.</p>
PGB	<p>§ Eigen systematiek PGB ontwikkelen, waarbij het vastleggen van handhavingsmodel een belangrijk onderdeel is.</p>	<p>§ Knelpunten PGB voor voorzieningen anders dan HH in kaart brengen en oplossingen creëren.</p> <p>§ In overleg met het zorgkantoor worden de knelpunten nader uitgewerkt.</p>
Kwaliteit zorgverlening	<p>§ Voorgesteld wordt kennis te nemen van de inventarisatie en de concretisering van kwaliteitsnormen op de drie deelterreinen (voorzieningen, loket en beleid) in VDG-verband uit te werken als afgeleide van inhoudelijke keuzes die gemeenten maken over de wijze van</p>	<p>§</p>

	invoering van de Wmo (werkgroep Kwaliteit i.s.m. de werkgroep Inkoop).	
Levering van zorg	§ Emmen kiest voor inkopen van een gedifferentieerd aanbod. Vooralsnog is er sprake van het gezamenlijk inkopen van HH. Het eigen perceel binnen het bestek van Drenthe kan nader ingevuld worden.	
Inkopen zorg en aanbesteden	§ Gezien de zeer beperkte tijd adviseert de subwerkgroep Inkoop dat alle Drentse gemeenten kiezen voor gezamenlijke aanbesteding van de huishoudelijke verzorging. § Er wordt nadrukkelijk ingezet op de inkoop van meer alfahulp.	§ Raamovereenkomst (kavels)
Implementatie individuele verstrekkingen	§ Opstellen implementatieplan individuele verstrekkingen in juli. § Implementatie starten in september.	
Financiën	§ Kennis nemen van deze eerste financiële verkenning van de werkgroep financiën. De werkgroep zal de komende maanden specifiekere berekeningen maken. § Incidentele kosten ad € 160.000 m.b.t herindicering en	

	overzetten data cliëntgegevens beschikbaar stellen.	
--	---	--

1. Inleiding

1.1 De wet maatschappelijke ondersteuning

In de kadernotitie wordt de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uitgebreid beschreven. In deze paragraaf beperken we ons tot de laatste wijzigingen in het wetsvoorstel.

Op 7 februari jl. heeft de Tweede Kamer gestemd over de ingediende moties en amendementen en op 14 februari is het wetsvoorstel Wmo aangenomen. De besturingsfilosofie is overeind gebleven, maar er zijn veel aanvullende garanties voor burgers ingebouwd. Gevolg van de amendementen is dat de kosten en financiële risico's voor gemeenten zijn toegenomen. De belangrijkste wijziging betreft het compensatiebeginsel, dat de zorgplicht vervangt. De juridische (en financiële) consequenties zijn nog niet te overzien. Ook de reikwijdte van het persoonsgebonden budget is fors toegenomen. Het geamendeerde wetsvoorstel is op 27 juni 2006 door de Eerste Kamer aangenomen.

1.2 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 2 wordt beschreven wat het compensatiebeginsel betekent en hoe het gesteld is met de vraag naar individuele voorzieningen in de gemeente Emmen. Waarom het noodzakelijk is de toegang tot de huidige voorzieningen in het kader van de Wvg te herzien wordt beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 beschrijft de nieuwe taak, hulp bij het huishouden, welke definitie gehanteerd kan worden en wat de gevolgen zijn van de cliënten die overgaan van de AWBZ naar de Wmo. Met welke kwaliteitseisen de gemeente rekening moet houden is vastgelegd in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de toegang tot de zorg en welk indicatiemodel het meest geschikt is voor de gemeente. Ook wordt de positie van de mantelzorger aangestipt. Relevante leveranciers van zorg worden in beeld gebracht in hoofdstuk 7 en hoe om te gaan met het begrip eigen bijdrage komt in hoofdstuk 8 aan de orde. Soorten verstrekkingen worden beschreven in hoofdstuk 9. Het inkopen van zorg wordt uitgelegd in hoofdstuk 10. Regionale samenwerking wordt aangestipt in hoofdstuk 11. In hoofdstuk 12 wordt beschreven hoe de implementatie individuele verstrekkingen kan worden aangepakt. Ten slotte komt de financiële verkenning uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 13.

Aan het eind van ieder hoofdstuk worden de keuzemogelijkheden opgesomd en wordt een advies voor een bepaalde keuze benoemd.

2. Individuele verstrekkingen

2.1 Inleiding

De Awbz-onderdelen zijn nieuwe taken voor de gemeenten. Het gaat bij individuele verstrekkingen om de huishoudelijke verzorging en Wvg-voorzieningen. Bij het verstrekken van deze individuele voorzieningen gaat de Wmo uit van een *compensatieplicht*.

Met de compensatieplicht is vastgelegd dat gemeenten de plicht hebben om beperkingen in zelfredzaamheid weg te nemen en deelname aan het normale maatschappelijke verkeer mogelijk te maken. Het compensatiebeginsel biedt beleidsruimte en beleidsvrijheid voor gemeenten en het toetsingskader voor de burger als het gaat om zekerheid met betrekking tot zijn zelfredzaamheid en participatie. Er kan echter op verschillende manieren uitleg gegeven worden aan het begrip compensatieplicht.

De gemeente Emmen hanteert in haar kadernota Wmo de volgende uitgangspunten: sociaal – maar reëel, doelmatig met de nadruk op de voorrang die collectieve voorzieningen hebben op de individuele verstrekkingen. De compensatieplicht biedt tevens een toetsingskader aan de rechter om bij geschillen tussen een gemeente en een burger tot een afweging te komen. Hoe een en ander gaat uitpakken is dus afhankelijk van de jurisprudentie.

Onder zelfredzaamheid wordt in de Wmo verstaan het lichamelijke, verstandelijke, geestelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen die deelname aan het normale maatschappelijke verkeer mogelijk maken. Het kan hierbij ook gaan om mantelzorgers die tijdelijk hun taak als mantelzorger niet kunnen uitvoeren. De compensatie aan mensen met een beperking kan gebeuren door voorzieningen te treffen die hen in staat stellen tot uitvoering van de volgende activiteiten:

<i>Compensatieplicht</i>	<i>Vertaalslag naar producten</i>
a Een huishouden te voeren	§ Bouwkundige en niet-bouwkundige voorzieningen.
	§ Huishoudelijke verzorging via professionele thuiszorg / vrijwillige

- thuishulp.
- § Individuele en of collectieve diensten vanuit welzijnsinstellingen (maaltijdvoorziening, klussendienst, boodschappendienst, administratieve ondersteuning)
- b Zich te verplaatsen in en om de woning
 - § Rolstoelen
 - § Trapliften
 - c Zich lokaal met een vervoermiddel te verplaatsen
 - § Collectieve en individuele vervoersvoorzieningen
 - § Scootmobielen
 - d Mensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan
 - § Inzicht in het aanbod van de mogelijkheden op lokaal niveau en de relatie met de twee terreinen onder b en c.

De mate waarin iemand een beroep kan doen op ondersteuning wordt met gebruikmaking van een afwegingskader, gebaseerd op ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), bij de indicatiestelling in beeld gebracht. Het gaat hierbij om objectiveerbare beperkingen en zaken die leiden tot meerkosten in vergelijking met een niet-gehandicapte/ beperkte om zelfredzaam te zijn. Alle onderdelen binnen de Wmo hebben raakvlakken met de gezondheidszorg, en kunnen dus getoetst worden aan deze normering. Hiermee wordt voorkomen dat er sprake is van rechtsongelijkheid, en krijgt de Wmo handen, voeten en richtlijnen. Het ondersteuningsaanbod kan, samenhangend met de ernst van de handicap of beperking, per persoon verschillen en vraagt dus om individueel maatwerk.

In de eerste drie velden van het compensatiebeginsel zijn duidelijk elementen uit het huidige stelsel te herkennen. Namelijk de functie Huishoudelijke Verzorging (HH) uit de AWBZ, de Wvg (rolstoelen en scootmobielen, woningaanpassingen, vervoersvoorzieningen) en ook aan de Wvg gelieerde voorzieningen als sociale alarmering en maaltijdvoorziening passen er in.¹

¹ Deze voorzieningen worden grotendeels uit het gemeentelijk budget bijzondere bijstand bekostigd, maar voor speciale projecten worden ook middelen uit de AWBZ-subsidieregeling Diensten bij Wonen met Zorg ingezet. Ook deze subsidieregeling zal opgaan in de Wmo.

Het is aan gemeenten om in de verordening vast te leggen welke verstrekkingen in de toekomst beschikbaar zullen zijn voor klanten met een bepaalde beperking (of beter: een bepaald probleem dat zij ondervinden op de genoemde velden). Daarnaast zullen gemeenten moeten bepalen of en zo ja hoe zij een eigen bijdrage willen vragen en hoe het wettelijk verplichte PGB wordt ingevuld.

De Wmo gaat bij *alle* individuele voorzieningen uit van keuzevrijheid tussen een persoonsgebonden budget (PGB) en zorg in natura. Bij zorg in natura dient er ook sprake te zijn van keuzevrijheid in aanbieders. Zowel de PGB als keuzevrijheid bij zorgaanbieders zijn nieuw voor de voormalige Wvg-voorzieningen die nu opgaan in de Wmo.

Bij het verstrekken van individuele voorzieningen kan een beroep worden gedaan op de eigen verantwoordelijkheid via een inkomensafhankelijke eigenbijdrage systematiek.

2.2 Vraag naar individuele verstrekkingen

De vraag naar individuele verstrekkingen wordt sterk beïnvloed door de demografische opbouw van de gemeente. Vooral het percentage 65+'ers is van belang als het gaat om de zorgvraag (de zogenaamde demografische druk). Voor de gemeente Emmen zijn de huidige demografische gegevens gekoppeld aan een voorspelling van de bevolkingsopbouw, zodat we de zorgvraag beter kunnen voorspellen. Dit resulteert tot de volgende overzichten en inzichten (voor uitgebreide overzichten zie bijlage):

De gemeente Emmen heeft ruim 108.000 inwoners. Van de bewoners is 66,3% in de leeftijd van 15-65 jaar.

Emmen is een gemeente met stads- en plattelandskennmerken. Emmen kent een centrum met een groot aantal buitendorpen. Het gemiddelde inkomensniveau in Emmen is naar verhouding laag. Wel valt waar te nemen dat het aantal lager opgeleiden afneemt en het percentage hoger opgeleiden toeneemt. De arbeidsparticipatie bedraagt in Emmen 58%. Landelijk is dit 62%. Het aantal mensen met een uitkering (WW, WAO of WWB) bedraagt 21,6 %² (2004) van de beroepsbevolking. Een gemiddeld lage opleiding en lage arbeidsdeelnamegraad vertalen zich in een relatief laag jaarinkomen per huishouden.

² Ter vergelijking: landelijk bedraagt dit cijfer 16%

Mensen worden steeds ouder. Met het ouder worden neemt ook de zorgvraag toe. Bijna 16% van de inwoners van de gemeente Emmen is ouder dan 65 jaar (cijfer 2005).³ De verwachting is dat het aandeel van deze groep mensen in 2015 ongeveer 20% van de Emmense bevolking is. Dit betekent dat 1 op de 5 Emmenaren dan 65 jaar of ouder is. In dit kader wordt gesproken over vergrijzing.

Huishoudelijke verzorging is een traditioneel veel voorkomende vorm van zorgondersteuning. In 2004 werd bij 45% van de AWBZ-indicaties de functie HH (alleen of in combinatie met) toegekend. In 2005 kwam de functie HH in 47,5% van alle AWBZ-indicatiebesluiten voor. Bij het verstrekken van hulp bij het huishouden dienen we rekening te houden met de volgende ontwikkelingen:

- in 2005 is het aantal aanvragen met gemiddeld 20% gestegen;
- heel vaak wordt hulp bij het huishouden verstrekt in combinatie met een andere voorziening

Van de Emmenaren geeft 11% aan door de gezondheidssituatie nogal tot veel belemmeringen in het sociale functioneren te ervaren. Gemiddeld 82% van de bewoners van Emmen voelt zich verantwoordelijk voor de leefbaarheid van de buurt.

Zorg in relatie tot inkomen – wat kan hierover gezegd worden? Uit de beschikbare cijfers blijkt dat lagere inkomensgroepen – meer en/of langer – gebruik maken van collectief bekostigde huishoudelijke verzorging. In de praktijk blijken (langdurige) situaties van lagere inkomens ook vaker gepaard te gaan met een slechtere gezondheidssituatie, wat vooral op latere leeftijd tot uiting komt. Hierdoor is het verklaarbaar dat de uitgaven aan huishoudelijke verzorging in gemeenten met een zwakkere sociale structuur (veel huishoudens met lage inkomens) op een hoger niveau liggen dan in gemeenten met een sterkere sociale structuur.

³ Ter vergelijking: landelijk bedraagt dit cijfer 14%.

3 Huidige individuele verstrekkingen in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)

3.1 Algemeen

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning vervalt de huidige Wet Voorziening Gehandicapten.

De invoering van de Wmo noodzaakt de gemeente om keuzes te maken. Een (te) krap budget noodzaakt om goed te kijken naar de voorzieningen die aangeboden gaan worden.

Financiële beheersbaarheid is belangrijk en daarom zal vooral ingezet moeten worden op duurzame voorzieningen en is ook prioritering van belang. Daarbij geldt inzetten op preventie, en collectief (indien mogelijk) boven individueel aanbod.

Naast dit financiële kader biedt de Wmo ook kansen. De kans om beleid op verschillende terreinen op elkaar af te stemmen, integrale zorg te bieden aan de burgers en de maatschappelijke structuren te verstevigen. Nadrukkelijk zal aandacht moeten worden besteed aan de vraag van die burger, waarbij kwaliteit van dienstverlening voorop staat.

Het huidige voorzieningenaanbod van de Wvg is onder de loep genomen. De knel- en verbeterpunten worden in onderstaande alinea beschreven.

3.2 Herijking Wvg

Huidige situatie

Op dit moment zijn gemeenten verantwoordelijk voor het verstrekken van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten. Dit beleid is vastgelegd in de verordening Wvg en nader beschreven in het verstrekkingenboek. Er wordt jaarlijks bijna 10 miljoen euro aan voorzieningen verstrekt.

Aanleiding herijking

Naar aanleiding van de invoering van de Wmo per 1-1-2007 vindt er een herijking van de Wvg plaats. Essentieel bij deze herijking is realisatie van een samenhangend pakket van individuele en collectieve voorzieningen

dat aansluit bij de lokale situatie. Als uitgangspunt voor de herijking wordt uitgegaan van een sociaal, maar reëel beleid waarbij vooral ingezet wordt op preventie en gepaste collectieve voorzieningen. Bij deze herijking wordt uitgegaan van een aantal belangrijke uitgangspunten, zoals compensatieplicht, algemeen gebruikelijk, eigen verantwoordelijkheid, rekening houden met aanwezige beperkingen, eigen bijdrage en vrije keuze voorziening in natura of PGB.

Herijking op de volgende terreinen:

Gebruikelijke zorg en algemeen gebruikelijke voorzieningen

Een eerste mogelijkheid is dat nog eens goed wordt gekeken naar de vraag of de verstrekkingen die momenteel worden verstrekt vanuit de Wvg en de HH wel altijd tot de verantwoordelijkheid van de overheid moeten worden gerekend. In een aantal gevallen kan worden beargumenteerd dat zorgvragers zélf (of hun omgeving) in staat moeten worden geacht om de verantwoordelijkheid te nemen voor het realiseren van een op hun wensen afgestemde situatie. Dan kan het bijvoorbeeld gaan om het regelen van maaltijden, het aanschaffen van douchebeugels of verhoogde toiletputten of het vinden van iemand om af en toe een handje te helpen bij schoonmaakklassen.

Rekening houden met aanwezige beperkingen/te verwachten beperkingen c.q. eigen verantwoordelijkheid

De samenleving wordt gemiddeld ouder en ouderen stellen meer eisen aan wonen. Men verhuist bijvoorbeeld naar een seniorencomplex of wil juist zo lang mogelijk blijven wonen in de eigen woning. De praktijk van alledag is dat op grond van de Wvg de woningen worden aangepast, omdat voorzieningen ontbreken of omdat de bouw belemmeringen oplevert. Ouderencomplexen worden gebouwd voor de actieve 55 plusser. Er is bijvoorbeeld een bad geplaatst en de deuren zijn voorzien van deurdrangers. Deze voorzieningen zijn niet altijd adequaat voor bepaalde ouderen. Het gevolg is een reeks van aanvragen op grond van de Wvg. Op deze wijze lijken woningaanpassingen meer op renovatie dan op het aanbrengen van een voorziening.

Het ligt daarom in de rede om voor te stellen bij seniorencomplexen de verantwoordelijkheid voor woningaanpassingen van de gemeenschappelijke ruimten volledig te leggen bij de woningeigenaren en de verantwoordelijkheid van de individuele aanpassingen te leggen bij de bewoner.

Verder wordt voorgesteld bij overige verzoeken om woningaanpassingen individueel te kijken hoelang iemand al in een bepaalde woning woont en in hoeverre rekening had kunnen worden gehouden met de aanwezige beperkingen bij het betrekken van de woning.

Eigen bijdrage

Momenteel wordt er geen eigen bijdrage geïnd bij de Wvg verstrekkingen. Er zal daardoor 'mogelijk' een belangrijk 'winstpunt' te behalen zijn door de eigen bijdrageregeling vanuit de HH toe te passen op de Wvg (en het dus toe te passen op het geheel van individuele verstrekkingen). In een later stadium kan vervolgens worden gekeken naar mogelijkheden van aanscherping van de eigen bijdrage per categorie.

In september 2005 is het invoeren van een inkomenstoets voor Wvg voorzieningen al besproken in de gemeenteraad. In afwachting van de ontwikkelingen rond de invoering van de Wmo werd besloten de discussie even te laten rusten. Daarom wordt voorgesteld om opnieuw onderzoek te doen naar de ontwikkeling van een eigen bijdrage systematiek met daarin afstemming tussen HH, voorzieningen Wvg en bijzondere bijstand.

Individueel of groepsgebruik

Een mogelijkheid om een aantal zaken collectief te regelen, en daarmee de grondslag voor individuele verstrekkingen (die duurder zijn) te verkleinen. Een bekend voorbeeld is natuurlijk het collectief vraagafhankelijk vervoer, dat voorliggend is aan individuele vervoersverstrekkingen. Het is echter mogelijk om dergelijke systemen ook in te richten rond bijvoorbeeld delen van de huishoudelijke verzorging (bijvoorbeeld een boodschappen- of maaltijdservice via vrijwilligers, of schoonmaakklussen via werkzoekenden) of zelfs het gebruik van scootmobielen (op afroep beschikbaar).

Goedkoopst adequaat

Door veranderende inzichten in de maatschappij wordt er anders gekeken naar wat de meest adequate oplossing is voor een beperking. Zo is het collectief vervoer een goed systeem, dat dient als voorziening voor de gehandicapte die geen gebruik kan maken van het openbaar vervoer. De laatste tijd komen steeds meer verzoeken binnen ten aanzien van de individuele aanpassingen van de wijze van vervoer zoals vervoer voorin de taxi, begeleiding bij het collectief vervoer, vervoer uitsluitend per

personentaxi. Verstrekkingen zullen altijd plaatsvinden op basis van een objectief gestelde indicatie.

In Emmen geldt het primaat van verhuizen wanneer een beroep wordt gedaan op een woningaanpassing. De gemeente heeft echter geen invloed op het toewijzingsbeleid van de huurwoningen. Indien verhuizen niet mogelijk is, wordt gekeken naar wat dan de goedkoopste adequate oplossing is: een traplift of een aanbouw. In het kader van de Wmo zal de gemeente een vast budget ontvangen voor het onderdeel 'dure woningaanpassing'. Hierdoor zal de noodzaak om strakker aan het primaat verhuizen vast te houden groter worden en zal gekeken worden naar eventuele goedkopere alternatieven als een tijdelijke unit bij de woning te plaatsen in plaats van een aanbouw van een slaapkamer en natte cel op de begane grond of bijvoorbeeld een tijdelijke douche-unit in plaats van het realiseren van een natte cel.

Handhaving c.q. hercontrole

Voorzieningen worden verstrekt en na verloop van tijd moet gecontroleerd worden of deze nog adequaat zijn en gebruikt worden. In 2005 heeft in Emmen een hercontrole plaats gevonden ten aanzien van het gebruik van de scootmobielen. Het komt met enige regelmaat voor dat de voorzieningen na een hercontrole weer kunnen worden ingenomen omdat deze niet meer worden gebruikt. Inmiddels is de hercontrole een vast onderdeel van het werkproces van de consulent Wvg.

Het voorstel is deze vorm van controle uit te breiden naar de overige voorzieningen om zo een efficiënter gebruik van de hulpmiddelen te krijgen.

Keuzemogelijkheden

- Toegangscriteria in het kader van Wvg meenemen naar de Wmo;
- Toegangscriteria Wvg herijken om de aansluiting met de Wmo goed te laten verlopen incl. eigenbijdrage.

Advies

- Herijking Wvg ter hand nemen en uitwerken in het implementatieplan individuele verstrekkingen
- Eigenbijdrage systematiek invoeren
- Uitgangspunt is sociaal, maar reëel beleid, inzetten op preventie en gepaste collectieve voorzieningen;
- Handhaving c.q. hercontrole voorzieningen uitbreiden naar

individuele verstrekkingen. Bijvoorbeeld een douchestoel of een incidentele rolstoel.

- Besparing in kaart brengen.

4. Huishoudelijke verzorging (hulp bij het huishouden)

4.1 Algemeen

Eén van de grote veranderingen bij de Wet Maatschappelijke Ondersteuning is de overgang van de huishoudelijke verzorging (HH) van de AWBZ naar de Wmo. De gelden en de verantwoordelijkheid voor de HH komen bij de gemeenten terecht. Hierbij gaat het om zowel de enkelvoudige als de meervoudige zorg.

'Enkelvoudig' houdt in dat de zorgvrager slechts een indicatie heeft voor HH en niet voor een andere Awbz-functie. Bij meervoudige HH maakt de burger ook gebruik van andere Awbz-functies. De burger heeft dan bijvoorbeeld HH en krijgt hulp bij het douchen (persoonlijke verzorging (PV)).

4.2 Definitie huishoudelijke zorg

Met de komst van de Wmo krijgen gemeenten de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de huishoudelijke verzorging (HH). Het organiseren van HH maakt onderdeel uit van het zesde prestatieveld van de Wmo:

"Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer."

Vanwege de onduidelijkheden rondom de compensatieplicht gaan we in deze notitie nog uit van een volledige vrijheid in het bepalen van de definitie van HH. Het bepalen van de definitie is noodzakelijk omdat daarmee de consequenties van de organisatie van HH zichtbaar kunnen worden gemaakt. Uit de definitie moet blijken:

- § Wanneer iemand wel of juist niet in aanmerking komt voor HH.
- § Welke activiteiten wel of juist niet vallen onder de voorziening HH.

Gemeenten hebben twee verschillende mogelijkheden bij het bepalen van de definitie:

- § Óf gemeenten hanteren dezelfde definitie als binnen de AWBZ:

" HH omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort, te verlenen door een instelling" (BZA, artikel 3).

- § Óf de gemeente formuleert zelf een definitie op basis van de compensatieplicht

Ondersteuning van activiteiten op het gebied van het voeren (de regie) van een huishouding, met het oogmerk op zelfstandig functioneren en deel te laten nemen aan de maatschappij.

Activiteiten

Om precies aan te geven wat HH is, is het noodzakelijk om een concretisering te maken van de soorten vormen van activiteiten. Hieronder volgt een opsomming:

Alfahulp (HH1)

- § Wordt alleen ingezet daar waar sprake is van een stabiele gezinssituatie;
- § Omvat alleen de echt huishoudelijke taken;
- § Uitvoering meestal door (vaak laag opgeleide) alfahulp en die freelance werken. (Met de komst van het functiegerichte indicering wordt niet meer van alfahulp maar van HH1 gesproken, maar het begrip alfahulp wordt nog steeds gebruikt);
- § Maximale inzet: 2 dagen zorg per week;
- § Inzet alleen bij indicaties voor langere tijd;
- § De cliënt treedt dus op als werkgever en betaalt het salaris, de cliënt dient dus een goed regelvermogen te hebben;⁴
- § Bij ziekte of vakantie wordt de cliënt geacht vier weken zonder deze zorg te kunnen, gedurende die periode komt er geen vervangende hulp;
- § Het CTG/ZA (College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit in oprichting) heeft voor deze zorg een maximum tarief bepaald van € 14.10 per uur. (Prijspeil 2006).

Huishoudelijke Verzorging (HH2)

⁴ Landelijk en regionaal zijn er diverse organisatie voor cliëntondersteuning in deze. Denk hierbij aan MEE, Per Saldo en diverse commerciënten.

- § Wordt ingezet in situaties waar HH/alfahulp niet geïndiceerd is;
- § Omvat ook de organisatie van het huishouden en het opvangen en verzorgen van kinderen;
- § Deze functie wordt uitgevoerd door thuiszorgmedewerkers (verzorgenden, mbo opgeleid);
- § Het maximum tarief bedraagt € 26.20 per uur (Prijspeil 2006).

De Drentse gemeenten bereiden op dit moment gezamenlijk de inkoop van de HH voor. De definitie ABWZ geldt als uitgangspunt voor het bestek. Vooral nog is het dus niet nodig dat de gemeente Emmen zelf een definitie HH ontwikkelt. Geadviseerd wordt dit wel op te nemen in het vierjarige beleidsplan Wmo, dat medio 2007 gereed moet zijn.

4.3 Overgangsrecht

De gemeente heeft vanaf 1 januari 2007 te maken met:

- a. nieuwe aanvragers van ondersteuning bij het voeren van het huishouden;
- b. bestaande cliënten van huishoudelijke zorg, namelijk de personen die voorafgaande aan 1 januari 2007 al een geldige Awbz-indicatie voor huishoudelijke verzorging hebben en waarbij de geldigheid van die indicatie doorloopt voorbij 1 januari 2007.

Specifiek voor de tweede categorie zijn nadere afspraken nodig. Dit protocol beschrijft wie wat wanneer moet doen om de overdracht van bestaande cliënten naar de Wmo zorgvuldig te laten verlopen. Voor de volledigheid: deze cliënten kunnen gebruikers van naturazorg zijn of PGB-houders.

De cliënt die op het moment dat de Wmo in werking treedt een geldige Awbz-indicatie voor huishoudelijke verzorging heeft, behoudt de rechten en verplichtingen op grond van de AWBZ tot maximaal een jaar na inwerkingtreding van de Wmo. Deze cliënten vallen onder het 'overgangsrecht' (*artikel 41 Wmo*). In dit overgangsrecht is aangegeven dat voor een aantal categorieën cliënten huishoudelijke verzorging de rechten en plichten op grond van het indicatiebesluit en de AWBZ (en overige relevante wet- en regelgeving) voor een bepaalde tijd blijven gelden na de inwerkingtreding van de Wmo. Het betreft cliënten met een Awbz-indicatie die bij de inwerkingtreding van de Wmo nog van toepassing is.

Het overgangsrecht voor de bedoelde cliënten blijft geldig gedurende de looptijd van het indicatiebesluit, doch ten hoogste een jaar na de inwerkingtreding van de Wmo. Cliënten wier indicatie tussen 1 januari 2007 en 1 januari 2008 afloopt dienen zich voor een nieuwe aanvraag te melden bij de gemeente en komen op dat moment automatisch in het Wmo-regime terecht.

Indien de gemeente de verordening niet heeft vastgesteld voor 1 oktober⁵ (verordening treedt in werking 3 maanden na vaststelling), krijgt zij te maken met een nieuwe categorie cliënten die vallen onder het Awbz-regime.

De overgangsccliënt heeft geen formeel recht op behoud van de AWBZ zorgaanbieder. De gemeente kan dit weliswaar bevorderen, maar heeft tegelijk de ruimte om de meest geschikte aanbieders voor het leveren van huishoudelijke zorg te selecteren.

Het zorgkantoor zal de gegevens van de overgangsccliënten tijdig (1 oktober 2006) overdragen aan gemeenten; de relevante tijdstippen worden opgenomen in het protocol. Een aanvullende, volledig geactualiseerde opgave tot en met 31 december 2006, kan pas in februari 2007 worden overgelegd.

In een overgangsprotocol huishoudelijke verzorging zal worden vastgelegd hoe de overheveling van huishoudelijke verzorging van zorgkantoren naar gemeenten geregeld wordt.

Keuzemogelijkheden

- § Definitie HH overnemen vanuit de AWBZ
- § Definitie zelf ontwikkelen
- § Definitie ontwikkelen in samenwerking regiogemeenten

Advies

- § Definitie HH overnemen vanuit de AWBZ
- § Gedurende de overgangsfase de ruilzorg (zorg waarbij de cliënt een Awbz-indicatie heeft voor huishoudelijke verzorging maar in de praktijk een andere vorm van Awbz-zorg ontvangt, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging) voor "oude cliënten" te accepteren tot uiterlijk 1 januari 2008.

⁵ Voor 1 oktober 2006 dient de gemeente de verordening individuele verstrekkingen te hebben vastgesteld. In deze verordening wordt opgenomen op welke voorzieningen burgers recht hebben, op welke wijze er geïndiceerd zal worden, welke bedragen gelden voor het persoonsgebonden budget, hoe komt het eigen bijdrage systeem er uit te zien etc.

Aandachtspunten

Definitie HH ontwikkelen. met het oog op het 4-jarig beleidsplan Wmo.

5. Kwaliteitseisen zorgverlening

Om een goede dienstverlening te waarborgen is het stellen van kwaliteitscriteria essentieel. De landelijke overheid heeft dit ook gevonden en hiervoor de kwaliteitswet zorginstelling vastgesteld.

Naast deze wet zal er op basis van de gemaakte beleidskeuzes op gemeentelijk niveau vastgesteld moeten worden welke kwaliteits eisen, protocollen en systemen er gehanteerd moeten worden.

De werkgroep Kwaliteit van de VDG heeft e.e.a. geïnventariseerd, de theorie bestudeerd en de ontwikkelingen in kaart gebracht. De volgende stap is het verder concretiseren. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de werkgroep Kwaliteit 'volgend' is op de gemeentelijke keuzes. Eerst nadat keuzes zijn gemaakt over vorm en inhoud van de verschillende prestatievelden, zullen nadere kwaliteitseisen en -criteria gesteld kunnen worden. Ook eerst dan kan de wijze van toetsing en handhaving worden vastgesteld.

Daarbij zullen keuzes gemaakt kunnen worden op welke terreinen gezamenlijk, dat wil zeggen in VDG-verband, normen en criteria worden ontwikkeld.

Gemeenten krijgen bij de invoering van de Wmo op 3 fronten te maken met kwaliteit:

1. De kwaliteit van de *voorzieningen* die worden ingekocht:
 - a. welke normen worden gehanteerd bij de inkoop van Wmo-diensten in het algemeen en de huishoudelijke verzorging in het bijzonder?
 - b. worden minimale eisen gehanteerd of worden aanvullende kwaliteitseisen gesteld?
 - c. hoe wordt getoetst of aan de kwaliteitseisen wordt voldaan en hoe wordt getoetst of aan de wettelijke verplichtingen door de aanbieders van zorg wordt voldaan?
2. De kwaliteit van de *loketfunctie*, door gemeenten zelf uit te voeren of uit te besteden aan derden:
 - a. welke protocollen, richtlijnen en criteria worden gehanteerd ten opzichte van het te leveren product?
 - b. idem voor de interne organisatie?
 - c. idem voor de verantwoording aan cliënten, organisaties en burgers?

3. De kwaliteit van het *beleid in brede zin*.

Gemeenten zijn verplicht jaarlijks verslag uit te brengen over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Onderwerpen die hierbij aan de orde zullen moeten komen zijn in ieder geval:

- a. is verantwoorde zorg geleverd?
- b. op kwaliteit gericht beleid: hoe is de organisatie ingericht, hoe is het geregelde overleg met zorgaanbieders en cliënten(organisaties) geregeld en wat zijn de resultaten?
- c. welke kwaliteitssystemen worden toegepast en wat zijn de resultaten?
- d. jaarverslag: de gemeente legt verantwoording af over het gevoerde kwaliteitsbeleid en de kwaliteit van de geleverde diensten.

Advies

- Voorgesteld wordt kennis te nemen van de inventarisatie en de concretisering van kwaliteitsnormen op de drie deelterreinen (voorzieningen, loket en beleid) in VDG-verband uit te werken als afgeleide van inhoudelijke keuzes die gemeenten maken over de wijze van invoering van de Wmo (werkgroep Kwaliteit i.s.m. de werkgroep Inkoop).

6. Toegang tot de zorg

6.1 Algemeen

Wat wordt er onder toegang tot de zorg verstaan?

Onder toegang tot de zorg wordt het gehele aanvraagproces verstaan. Van informatieverstrekking tot en met het geven van de opdracht tot levering van de huishoudelijke zorg. In de Wvg en de AWBZ wordt de toegangsbewaking vaak aangeduid met indicatiestelling.

Wanneer is het nodig de toegang te bewaken en wanneer kan dit achterwege blijven?

In principe kan voor elke voorziening in de Wmo een bepaalde vorm van toegangsbewaking aan de orde zijn. Bij voorzieningen die gericht zijn op het individu zal de toegang er uit bestaan dat wordt onderzocht of een individuele cliënt voor de voorziening in aanmerking komt ('indicatiestelling'). Het is aan de gemeente criteria te ontwikkelen die als voorwaarde worden gezien bij verschillende voorzieningen.

De positie van mantelzorger in de toegangsbeoordeling

Binnen de Awbz-indicatiestelling wordt gebruik gemaakt van het protocol 'gebruikelijke zorg'. Beoordeeld wordt wat de verwachte inzet van gezinsleden kan zijn. Gemeenten kunnen ervoor kiezen dit protocol te gebruiken bij de beoordeling van de vraag. Er is altijd het dilemma wat nog gevraagd kan worden aan de mantelzorgers en de positie die zij innemen binnen de Wmo. Zij hebben immers recht op ondersteuning. Het is van belang de ondersteuningsvraag van de mantelzorger mee te nemen met de zorgvraag.

6.2 Indicatiemodellen hulp bij het huishouden

Voor de gemeente geldt als uitgangspunt een slim en adequaat systeem met zo min mogelijk bureaucratie.

Voor de inrichting van de uitvoering zijn vijf indicatiemodellen onderzocht (zie bijlage voor de uitwerking van de modellen):

- a. Zorgkantoormodel
- b. Gemeentemodel
- c. CIZ-model
- d. Zorgleveranciersmodel
- e. Uitbestedingsmodel

Uit een verkennend onderzoek elders in het land komt naar voren dat model b en c eruit komen met de laagste kosten. Het kostenplaatje is bekeken op de volgende items: beleid, inkoop HH, sluiten contracten, aanmelding en indicatie.

Daar waar efficiëntie voordelen te behalen zijn, er de noodzaak is van snelle indicatie en in gevallen waar het niet ten koste gaat van de objectiviteit en belangenverstremgeling kunnen gemeenten in een aantal specifieke gevallen de indicatie mandateren (op basis van protocollen).

Het ambtelijk overleg VDG van 3 april 2006 constateert dat de belangstelling van de Drentse gemeenten uitgaat naar het Gemeentemodel.

In dit model is een aantal variaties mogelijk:

- I De gemeente doet alles zelf
- II De gemeente besteedt alleen de complexe indicaties uit aan:
 - II.1. De GGD
 - II.2. Het CIZ
 - II.3. Een ander indicatiebureau

Er is waarschijnlijk één gemeente die opteert voor de variant I (alles zelf doen). Variant II.3. blijkt vooralsnog niet opportuun. Zowel de GGD als het CIZ heeft ervaring met de Wvg-indicaties. Het voordeel van het CIZ t.o.v. de GGD is de ervaring met de indicatie voor HH inclusief de protocollen en beslisbomen. Een keuze voor de GGD geeft extra problemen bij de afstemming met AWBZ voorzieningen.

In een recente notitie over aanbesteden van VWS/VNG van 26 april jl. wordt het volgende gesteld:

De rol van het Centrum Indicatiestelling Zorg verandert met de invoering van de Wmo. Er is een wetsvoorstel in voorbereiding om te zorgen dat gemeenten advisering of zelfs besluitvorming over indicatiestelling in de Wmo kunnen opdragen aan het CIZ. Gemeenten zijn niet verplicht het CIZ in te schakelen, maar kunnen gebruik maken van de volgende uitzondering op de normale aanbestedingsplicht:

Artikel 17 Bao (besluit aanbestedingsregels voor overheidsopdrachten) bepaalt dat geen aanbestedingsprocedure hoeft te worden gevolgd als een aanbestedende dienst een overheidsopdracht voor diensten gunt aan een andere aanbestedende dienst. Voorwaarde is wel dat die andere aanbestedende dienst *het alleenrecht* heeft verkregen om die diensten te verrichten. Dat alleenrecht moet wel opgenomen worden in de verordening. Om een aanbestedende dienst te zijn moet voldaan worden aan een aantal voorwaarden:

- § de publiekrechtelijke instelling is een rechtspersoon;
- § die voorziet in de behoefte van algemeen belang;
- § die in hoofdzaak wordt gefinancierd door of onder toezicht staat van aanbestedende diensten.

Om te zorgen dat het alleenrecht verenigbaar is met de Europese regelgeving is er een aantal vormvereisten.

De 'alleen-recht-uitzondering kan ook voor andere opdrachtnemers dan het CIZ gebruikt worden als die opdrachtnemer een aanbestedende dienst is, dus ofwel een overheid ofwel een publiekrechtelijke instelling. Hierbij wordt uitgegaan dat het alleenrecht slaat op alle indicaties van individuele voorzieningen (HH en voorzieningen gehandicapt). Zoals het er nu naar uitziet voldoet de GGD hieraan (voor de zekerheid wordt dit gecheckt), maar een extern bureau dat door sommige gemeente wordt ingeschakeld niet.

De volgende scenario's betreffende de aanbesteding van de indicaties kunnen worden beschreven:

1. Gemeenten kiezen voor de mogelijkheid van de uitzondering op de aanbestedingsprocedure (artikel 17) en verleent het *alleenrecht* aan:
 - a. Het CIZ
 - of
 - b. GGD
2. Gemeenten maken geen gebruik van het uitzonderingsartikel en gaan openbaar aanbesteden (of dit valt onder de Europese regelgeving is afhankelijk van het uit te besteden bedrag).

De voorkeur van de gemeente Emmen gaat uit naar één indicatiesteller.

6.3 Positie mantelzorger

De mantelzorg neemt een steeds grotere rol in bij verlening van zorg. Door de komst van de Wmo wordt dit versterkt. Bij de inrichting van de zorg moet hiermee rekening worden gehouden. De mantelzorger heeft daarom een centrale positie in het indicatieproces bij de aanvraag hulp bij het huishouden.

Onder mantelzorg wordt verstaan.

'Langdurende zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar

overstijgt. Het betreft structurele zorg voor langer dan 3 maanden en minimaal 8 uur per week'.

Onder gebruikelijke zorg wordt verstaan.

'De normale dagelijkse zorg die partners of ouders en inwonende kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden. Dit omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden.

De normale zorg die gezinsleden voor elkaar hebben, bijvoorbeeld de zorg voor het huishouden of de zorg voor de kinderen. Voor gebruikelijke zorg kan geen professionele hulp gegeven.'

Uitgangspunten bij het indiceren van zorg.

- § Iedere volwassen burger wordt verondersteld naast een volledige baan of opleiding een huishouden te kunnen voeren;
- § Bij het inventariseren van de eigen mogelijkheden van het huishouden wordt geen onderscheid gemaakt op basis van sekse, religie, cultuur, de wijze van inkomensverwerving of persoonlijke opvattingen over het verrichten van huishoudelijke taken.
- § In het indicatieonderzoek dient de sociale en fysieke omgeving van de aanvrager in de afweging meegenomen te worden. Indien er voor de zorgvrager mantelzorg/vrijwilligerzorg/gebruikelijkszorg inzet beschikbaar is, kan dit deel van de zorgaanspraak buiten het indicatiebesluit vallen. Het meewegen van de mantelzorg betekent ook dat de indicatiesteller nagaat of er voor een deel van de mantelzorg alsnog professionele hulp geïndiceerd moet worden om overbelasting van de mantelzorger te voorkomen;
- § In bepaalde situaties wordt geen huishoudelijke hulp verstrekt als een adequate oplossing wordt geboden door gebruik te maken van de voorliggende voorzieningen zoals kinderopvang, maaltijddienst, boodschappendienst, etc.

Mede vanuit het Wmo perspectief is preventie nodig om tot een vroegtijdige signalering van overbelasting te komen. Vroegtijdige ondersteuning kan uitval, met als gevolg meer professionele hulp, voorkomen. Verschillende instellingen hebben in toenemende mate ondersteunend aanbod ontwikkeld voor de mantelzorgers. Het is van belang om dit aanbod in kaart te brengen. De mantelzorger doet echter een te beperkt c.q. in een te laat stadium een beroep op het ondersteunende aanbod.

In een separate notitie zal nader ingegaan worden op de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers binnen de Wmo.

Keuzemogelijkheden

- § Gemeente Emmen heeft de keuze voor het gemeentemodel of CIZ model;
- § De gemeente kiest voor het verlenen van het alleenrecht aan GGD of CIZ;
- § De gemeente gaat openbaar aanbesteden;
- § Gemeente Emmen formuleert haar eigen toegangscriteria tot de zorg.

Advies

- § De gemeente Emmen kiest voor het gemeentemodel. Dit model sluit aan bij het huidige Wvg model. Eenvoudige indicaties zelf uitvoeren en voor complexe situaties een extern advies aanvragen;
- § De gemeente kiest voor het verlenen van het alleenrecht aan GGD of CIZ;
- § Gemeente Emmen formuleert haar eigen toegangscriteria tot de zorg;

Aandachtspunten

- § De problematiek van de GGD in kaart brengen en gelijktijdig maar gescheiden d.w.z. naast het Wmo-traject behandelen;
- § De positie van de mantelzorger in het indicatieproces helder beschrijven.

Tabel 1: Relevante leveranciers(bij hoofdstuk 7)

<u>Zorgaanbieders</u>	<u>2004</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2005</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>Vershil 2005</u>	<u>Vershil 2005</u>	<u>Vershil 2005</u>
	<u>Aantal</u>	<u>Aantal</u>	<u>Aantal</u>	<u>Aantal</u>	<u>Gem aantal</u>	<u>Gem aantal</u>	<u>t.o.v. 2004</u>	<u>t.o.v. 2004</u>	<u>t.o.v. 2004</u>
	<u>personen</u>	<u>zorguren</u>	<u>personen</u>	<u>zorguren</u>	<u>zorguren pp</u>	<u>zorguren pp</u>	<u>aantal pers in</u>	<u>aantal</u>	<u>aantal gem in</u>
							<u>%</u>	<u>zorguren in %</u>	<u>%</u>
<i>De Schutse</i>			8	252		31,50			
<i>Holdert</i>			14	575		41,07			
<i>De Schans</i>	16	1123	31	2404	70,19	77,55	193,75%	214,07%	110,49%
<i>Zuidermarke</i>	7	360	47	2753	51,43	58,57	671,43%	764,72%	113,89%
<i>Oldersheem</i>	7	330	9	584	47,14	64,89	128,57%	176,97%	137,64%
<i>Heidehiem</i>	15	951	24	2319	63,40	96,63	160,00%	243,85%	152,41%
<i>Dillehof</i>	4	107	8	863	26,75	107,88	200,00%	806,54%	403,27%
<i>Holtingerhof</i>			16	423		26,44			
<i>Valkenhof</i>	1	5	4	141	5,00	35,25	400,00%	2820,00%	705,00%
<i>De Horst</i>			4	210		52,50			
<i>Zorgkompas in</i>									
<i>beweging</i>	3	53	52	6498	17,67	124,96	1733,33%	12260,38%	707,33%
<i>St Thuiszorg Icare</i>	4376	438063	3818	527149	100,11	138,07	87,25%	120,34%	137,92%
<i>Thuiszorg</i>									
<i>Groningen</i>			1	8		8,00			
<i>Zuwe Zorg</i>			1	2		2,00			
<i>Sensire de Berkel</i>	1	6			6,00		0,00%	0,00%	0,00%
<i>Thuiszorg</i>									
<i>Nederland</i>	162	11879	194	17732	73,33	91,40	119,75%	149,27%	124,65%
<i>St Samen zorg</i>									
<i>Diensten</i>	34	4171	23	3849	122,68	167,35	67,65%	92,28%	136,41%
<i>Beter Thuis Wonen</i>			2	80		40,00			
<i>Thuiszorg Buro</i>									
<i>Odoorn</i>	44	618			14,05		0,00%	0,00%	0,00%
<i>St Tz Diensten</i>									
<i>Centrale</i>	1	2	2	126	2,00	63,00	200,00%	6300,00%	3150,00%

<i>Zorggroep</i>									
<i>Meander</i>	3	15	4	29	5,00	7,25	133,33%	193,33%	145,00%
<i>Oosterlengte</i>									
<i>Zorgketen</i>	1	26			26,00		0,00%	0,00%	0,00%
<i>Leger des Heils</i>	23	0	22	507	0,00	23,05	95,65%		
<i>Goeree</i>									
<i>Overflakkee</i>			1	6		6,00			
<i>Tz Oude & Nieuwe</i>									
<i>Land</i>			1	0		0,00			
<i>Thuiszorg</i>									
<i>Maasland</i>			1	-12		-12,00			
<i>Zorgbedrijf</i>									
<i>Nederland</i>	32	4270	27	3958	133,44	146,59	84,38%	92,69%	109,86%
<i>Privazorg B.V.</i>	19	3273	14	2849	172,26	203,50	73,68%	87,05%	118,13%
<i>Ina Koning</i>									
<i>Verzorging</i>			2	32		16,00			
<i>De nieuwe Zorg</i>									
<i>Thuis</i>			3	92		30,67			
<i>Dokter Thuiszorg</i>			1	12		12,00			
<i>Onbekend</i>	1	31			31,00		0,00%	0,00%	0,00%
<i>Totaal</i>	4750	465283	4334	573441					

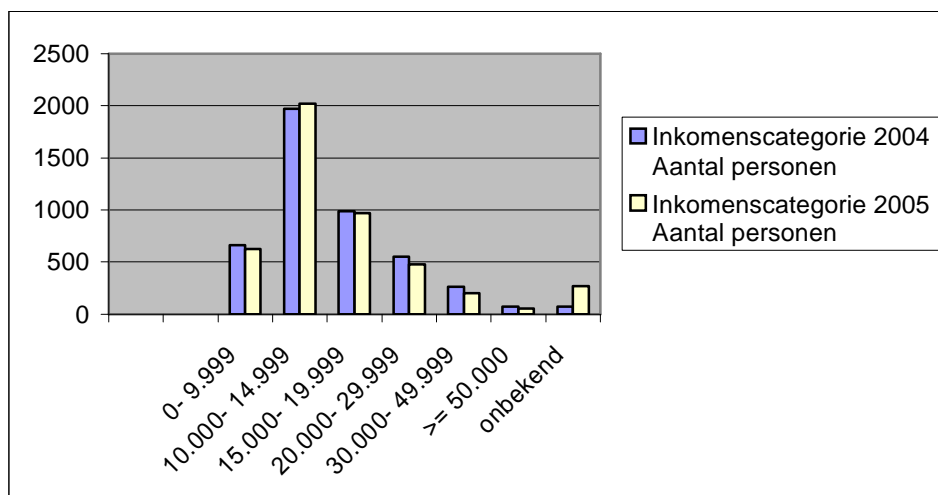
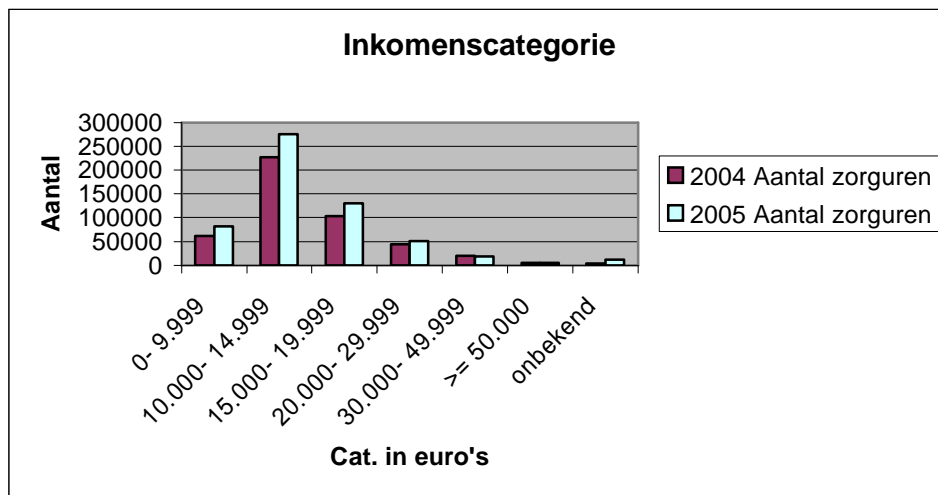
	<i>2004</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2005</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>Vershil 2005</i>	<i>Vershil 2005</i>	<i>Vershil 2005</i>
	<i>Aantal</i>	<i>Aantal</i>	<i>Aantal</i>	<i>Aantal</i>	<i>Gem aantal</i>	<i>Gem aantal</i>	<i>t.o.v. 2004</i>	<i>t.o.v. 2004</i>	<i>t.o.v. 2004</i>
	<i>personen</i>	<i>zorguren</i>	<i>personen</i>	<i>zorguren</i>	<i>zorguren pp</i>	<i>zorguren pp</i>	<i>aantal pers in</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal gem in</i>
							<i>%</i>	<i>zorguren in %</i>	<i>%</i>
<i>Huish. verzorging</i>	3827	425218	3798	548877	111,11	144,52	99,24%	129,08%	130,07%
<i>Alfahulpverlening</i>	796	40062	368	24564	50,33	66,75	46,23%	61,31%	132,63%
	4623	465280	4166	573441					

7. Relevante leveranciers

7.1 Situatie Emmen

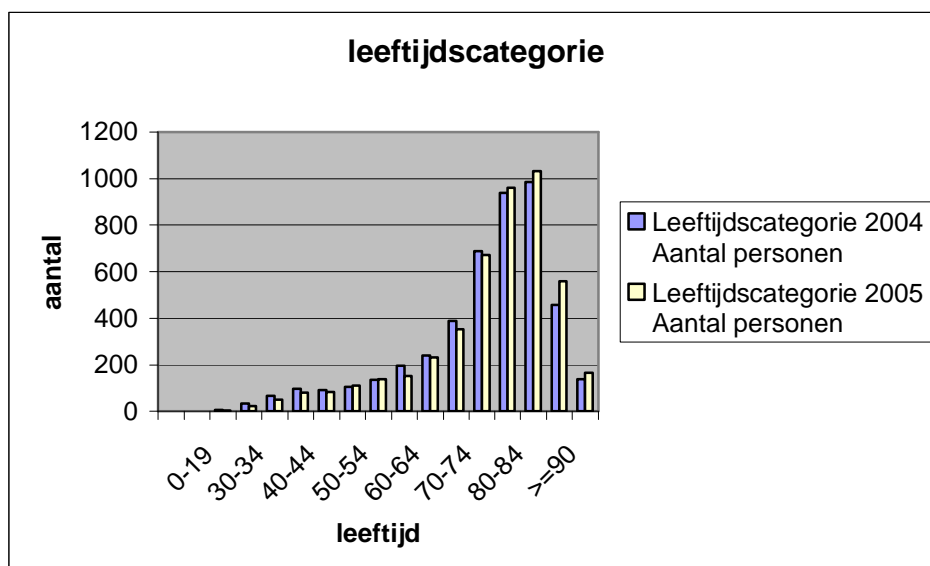
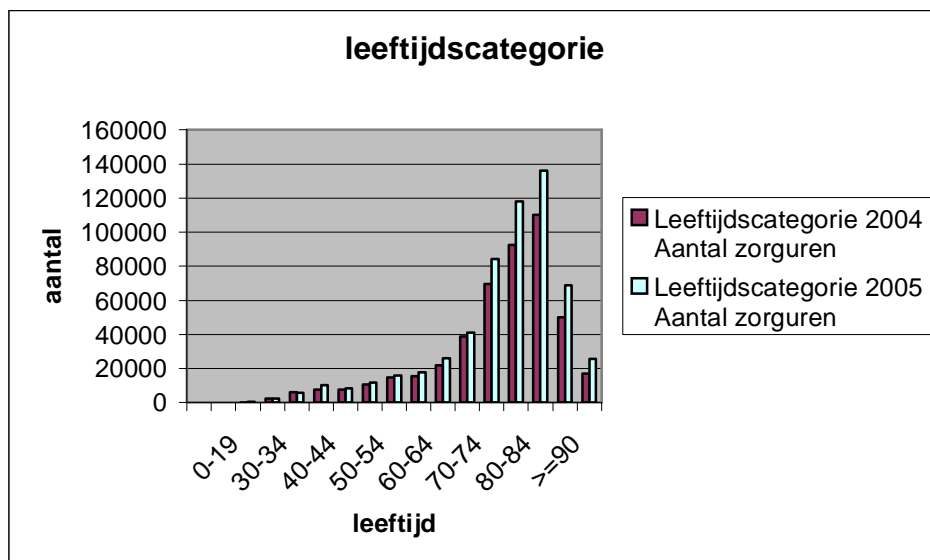
Er zijn verschillende leveranciers die momenteel HH in Emmen aanbieden. Op basis van gegevens van het CAK kan een overzicht worden opgesteld met de belangrijkste leveranciers van HH (zie pag. 25 en 26, tabel 1):

- § Uit dit overzicht blijkt dat Icare de grootste leverancier van HH is in de gemeente Emmen.
- § Uit de cijfers kan ook worden opgemaakt dat het aantal alfa-uren in 2005 gedaald is. Was het nog 10% in 2004, in 2005 is het nog maar 4,5%.
- § Ook blijkt dat het aantal personen dat HH ontvangt in 2005 is gedaald, maar dat het aantal zorguren per persoon is gestegen.⁶



⁶ Volgens de zorgaanbieders in Drenthe is dit mogelijk te wijten aan het tekort aan intramurale capaciteit in Drenthe. Er zou dus meer vraag zijn naar zorg in de thuissituatie.

Uit deze tabellen blijkt dat de meeste zorg besteed wordt aan cliënten met een inkomen tussen de 10.000 - 15.000 euro. Ten opzichte van 2004 is in 2005 het aantal bestede zorguren gestegen.



Deze tabellen laten zien dat het aantal zorguren stijgt wanneer de cliënt ouder wordt.

7.2 Veranderingen in leveranciers

De verwachting is dat het aanbod de komende jaren zal gaan veranderen. Momenteel wordt de HH uitgevoerd door thuiszorgorganisaties en verpleeg- en verzorgingshuizen. Er zullen nieuwe leveranciers op de markt komen en bestaande leveranciers zullen wegvallen. Voor gemeenten is het relevant om te weten welke leveranciers er momenteel aanwezig zijn, maar ook welke leveranciers er naar verwachting bij kunnen komen.

Er is een aantal nieuwe mogelijke aanbieders als het gaat om HH, zoals schoonmaakbedrijven en specifieke bemiddelingbureaus, maar ook de Wsw bedrijven zien kansen op deze nieuwe markt. Dit maakt het voor gemeenten mogelijk om gedifferentieerd met het aanbod om te gaan.

De gemeente kan ervoor kiezen om de daadwerkelijke schoonmaakwerkzaamheden uit te laten voeren door bijvoorbeeld een schoonmaakbedrijf en de zorgcomponent te ondervangen door de inzet van een vrijwilliger/ mantelzorger of professionele zorg. Hiervoor zou de aanbesteding in kavels of percelen kunnen worden opgezet.

De Drentse gemeenten zijn op één gemeente na (Assen) allen nadeelgemeente voor wat betreft het Wmo budget nieuwe taken. De gemeente Emmen kampt met een nadeel van -33% in 2011 bij ongewijzigd beleid.⁷ Een belangrijke oorzaak van het nadeel is dat er relatief dure hulp wordt verstrekt in Drenthe. In Emmen wordt 4,5% van het budget besteed aan alfahulp ten opzichte van 28% in de rest van Nederland. Totaal aan alfahulp in Drenthe is zo'n 10%. Ter illustratie wordt de gemeente Katwijk opgevoerd. In deze gemeente wordt 40% van het aantal zorguren besteed aan alfahulp.

Door de grotere marktwerking mag verwacht worden dat de tarieven voor HH zullen dalen en/of de kwaliteit wordt verhoogd. De gemeente zal de voor- en nadelen van de verschillende aanbieders tegen elkaar afwegen en die aanbieders selecteren waarnaar de voorkeur uitgaat voor de levering van HH. De nadruk voor de gemeente Emmen moet liggen op het inkopen van goedkopere zorg. Vervolgens kan de aanbestedingsprocedure hierop worden afgestemd. De inkoop van deze zorg wordt momenteel voorbereid door een werkgroep van de VDG.

⁷ Gebaseerd op de septembercirculaire.

8. Eigen bijdrage

8.1 Algemeen

De Wmo kent de mogelijkheid voor gemeenten om een beleidskeuze te maken over het wel of niet werken met een eigen bijdrage. We gaan er momenteel van uit dat de hoogte van de eigen bijdrage bij de verschillende voorzieningen verschillend kan worden vastgelegd en afhankelijk worden gesteld van het belastbaar inkomen. Er is een Algemene Maatregel van Bestuur een aantal regels vastgesteld met betrekking tot de eigen bijdrage. De gemeente krijgt voldoende armslag om een eigenbijdrage beleid te voeren, maar niet zodanig dat dit leidt tot een eigen inkomensbeleid.

In oktober 2005 is in Emmen al een discussie gevoerd over de invoering van een inkomenstoets (= eigen bijdrage afhankelijk van het gezamenlijke inkomen) voor Wvg voorzieningen. In afwachting van meer duidelijkheid over de Wmo en hoe de gemeente haar integraal beleid wil voeren ten aanzien van de prestatievelden, werd besloten om de discussie over de inkomenstoets uit te stellen.

Het kabinet gaat ervan uit dat, met de overheveling van de HH van de AWBZ naar de gemeenten, gemeenten eigen bijdragen zullen gaan heffen. In de AmvB is het volgende opgenomen:

- § De grenzen voor de eigenbijdrageregeling voor de Wmo worden geënt op de extramurale AWBZ eigenbijdrageregeling, dit geldt zowel voor de absolute maximale bedragen die per inkomen mogen worden gevraagd als de maximale marginale druk die de gemeente mag hanteren.
- § Het bestaande anticumulatiebeding in de Wvg blijft gehandhaafd voor de individuele verstrekkingen.
- § In het kader van dit anticumulatiebeding wordt de Wmo bijdrage preferent. Dus als sprake is van een samenloop van een gemeentelijke eigen bijdrage en een eigen bijdrage die in het kader van de AWBZ wordt geheven, en de maximale eigen bijdrage wordt daarmee overschreden, dan gaat de gemeentelijke eigen bijdrage voor.
- § Gemeenten mogen in het kader van de Wmo niet meer vragen dan de kostprijs van een voorziening.
- § De opbrengsten van de eigen bijdrage vloeien terug in het WMO budget.

- § Er komt geen vermogenstoets voor de eigen bijdrage en de bestaande maximering van de extramurale eigen bijdrage voor hogere inkomens in de AWBZ wordt afgeschaft.

De eigenbijdrage regeling kan 'mogelijk' een belangrijke mogelijkheid zijn om het Wvg-verstrekkingennivo optimaal te houden. Binnen de Wvg wordt momenteel binnen de gemeente Emmen geen eigenbijdrage systematiek gehanteerd. Door een dergelijke systematiek in te voeren, kunnen opbrengsten worden gegenereerd.

Een eigenbijdrage regeling kent een aantal variabelen:

- a. De maximale eigen bijdrage die minima moeten betalen (minimaal maximum, vorm: vast bedrag).
- b. Het startpunt van waaraf de eigen bijdrage toeneemt met het inkomen (vorm: vast bedrag of een percentage van het relevante sociaal minimum, bijvoorbeeld vanaf 120 % van het wettelijk minimum loon).
- c. De omvang van het inkomensafhankelijk deel van de eigen bijdrage (vorm: percentage marginale druk, constant of verschillend voor delen van het inkomensgebouw).
- d. De maximale bijdrage voor hogere inkomens (maximaal maximum, vorm: vast bedrag). De maximale eigen bijdrage voor hogere inkomens wordt alleen gelimiteerd door de kostprijs: de kostprijs mag niet worden overschreden.

8.2 Varianten eigenbijdrage regeling

Allereerst moet de gemeente bepalen welke vorm van eigen bijdrage de gemeente wil gaan invoeren:

- a. Geen eigen bijdrage.
- b. Eigen bijdrage: een vast bedrag per verstrekking, ongeacht de prijs van deze verstrekking.
- c. Procentuele bijbetaling: een betaling van een bepaald percentage van de kosten van de geleverde verstrekking.
- d. Eigen risico: een betaling van de eerste X euro van de te leveren verstrekking.

De verschillende vormen kennen voor- en nadelen:

<i>Regeling</i>	Voordelen	Nadelen
<i>Geen eigen bijdrage</i>	<ul style="list-style-type: none"> § Geen administratieve kosten § Voordelen groot voor burger 	<ul style="list-style-type: none"> § Vraag naar de verstrekking zal groter worden dan bij heffing eigen bijdrage § Gemeente wordt gekort in gemeentefonds voor eigen bijdrage. Gemeente zal dit uit eigen middelen moeten betalen.
<i>Eigen bijdrage</i>	<ul style="list-style-type: none"> § Helder voor burger § Administratief eenvoudiger 	<ul style="list-style-type: none"> § Vraag naar de verstrekking daalt minder vergeleken met andere vormen § Burgers kunnen te maken krijgen met armoedeval.
<i>Procentuele bijbetaling</i>	<ul style="list-style-type: none"> § Deze vorm draagt sterker bij aan het verlagen van vraag naar de verstrekking⁸ dan de andere twee vormen § Bij stijging kostprijs, stijgt de eigen bijdrage mee. 	<ul style="list-style-type: none"> § Berekening kan relatief veel kosten
<i>Eigen risico</i>	<ul style="list-style-type: none"> § Deze vorm is administratief eenvoudiger te combineren met eigenbijdrage regeling in AWBZ en overige gemeentelijke voorzieningen § Bij kortdurende zorg hoeft de gemeente minimaal bij te dragen 	<ul style="list-style-type: none"> § Eerste periode draagt cliënt in verhouding veel bij vergeleken met latere periode. Voor minder draagkrachtige kan dit tot problemen leiden.

⁸ In België is met deze drie varianten ervaring opgedaan. Daar draagt een redelijke bijbetaling tot 25% bij tot een verlaging van de zorgconsumptie. Wanneer de bijbetaling minimaal is, is er geen sprake van verlaging van de zorgconsumptie.

Vervolgens kan de gemeente bepalen wat de hoogte wordt van het bedrag dat de cliënt moet betalen.

Daarbij kan de gemeente rekening houden met allerlei mogelijkheden:

- a. Inkomen van de cliënt (hoogte van eigen bijdrage is afhankelijk van de hoogte van het inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de beperkingen zoals deze zijn aangegeven in de wet. Hier zijn ook weer twee mogelijkheden: bij een inkomensafhankelijke eigenbijdrage regeling wordt een percentage van het inkomen geheven. Een andere optie is het gebruik maken van inkomenscategorieën. Berekening daarvan is eenvoudiger).
- b. Profiel cliënt (eigenbijdrageregeling kan per cliëntgroep verschillen).
- c. Aard van de activiteiten of verstrekkingen (eigen bijdrage kan verschillen per aard van activiteiten of verstrekkingen).
- d. Duur van de zorg of verstrekking (hoogte van de eigen bijdrage kan afhankelijk worden van de duur van de levering van de verstrekking of zorg. De eigen bijdrage kan bijvoorbeeld hoger of juist lager worden na 1 jaar van levering van HH).

<i>Afhankelijk van:</i>	Voordelen	Nadelen
<i>Inkomen</i>	<p>§ De zwaarste lasten komen bij de mensen die het beste kunnen dragen.</p>	<p>§ Administratieve lasten hoog, aangezien van elke cliënt een berekening van inkomen nodig is.</p>
<i>Profiel cliënt</i>	<p>§ Gemeente heeft sturingsinstrument om bepaalde groepen extra te ondersteunen.</p>	<p>§ Niet eenvoudig om profiel van cliënt vast te leggen.</p> <p>§ Lobby vanuit cliëntgroepen zal sterk op gang komen</p> <p>§ Bepaalde groepen kunnen sterker worden benadeeld.</p>
<i>Aard van activiteiten of verstrekkingen</i>	<p>§ Cliënt betaalt mee aan duurere producten; bewustzijn groeit.</p>	<p>§ Er moet voldoende onderscheid zijn in de aard van de activiteiten of verstrekkingen.</p>
<i>Duur van zorg of verstrekkingduur</i>	<p>§ Bijv. hogere eigen bijdrage aan begin, leidt tot een lagere vraag naar kortdurende zorg of verstrekking.</p> <p>§ Bijv. hogere eigen bijdrage na een langere periode van zorg (HH bv.), maakt zorg niet vanzelfsprekend.</p>	<p>§ Administratieve berekeningen zullen waarschijnlijk duurder zijn.</p>

Hierbij worden twee kanttekeningen geplaatst:

- Fiscale aftrekmogelijkheden zijn buiten beschouwing gelaten;
- Sommige gemeenten verlenen categoriale bijstand voor chronisch zieken en gehandicapten, bijvoorbeeld in de vorm van een collectieve aanvullende ziektekostenverzekering waarin dan de eigen bijdrage wordt vergoed.

8.3 Anticumulatiebeding

Gemeenten hebben de mogelijkheid om een eigen bijdrage te innen. Er geldt wel een anticumulatiebeding. Dat betekent voor minimuminkomens dat wanneer in de Wmo het maximale bedrag is geïnd, er voor de AWBZ geen eigen bijdrage meer mag worden gevraagd. Dit vraagt om afstemming. Het CAK is de partij die deze afstemming het beste kan regelen. Er zijn twee verschillende manieren:

- § *Actief*: het CAK-BZ controleert hoeveel eigen bijdragen er zijn geheven in de AWBZ en stemt daar de rekening voor de cliënt op af;
- § *Passief*: het CAK slaat de cliënt aan voor een eigen bijdrage. Wanneer de cliënt kan aantonen dat hij al aan het maximum zit, wordt de aanslag ingetrokken.

Gemeenten moeten er ook rekening mee houden dat het maximum van de eigen bijdrage kan worden bereikt, wanneer er al eerder voor een individuele verstrekking een eigen bijdrage is geïnd. Dat betekent dat gemeenten de eigen bijdrage voor een verstrekking in sommige gevallen zullen moeten terugstorten aan de klant.

8.4 Het innen van de eigen bijdrage

Het CAK-BZ int momenteel ook de eigen bijdrage voor de AWBZ. Het heeft zodoende ICT en ervaring in huis en is vanuit de Wmo aangewezen om dat te blijven doen.

We gaan ervan uit dat de gemeente een voorkeur kan aangeven omtrent de systematiek van eigenbijdrageregeling. Hier is nog geen volstrekte duidelijkheid over. We nemen aan dat de gemeente kan variëren in:

- § Drempelbedrag (vanaf welk inkomen moet men eigen bijdrage betalen);
- § Uurtarief;
- § Hoogte van het bedrag bij verschillende inkomens;

§ Stijgingspercentage van de eigen bijdrage.

8.5 Regionale samenwerking

De gemeenten hebben de mogelijkheid om in regionaal verband de eigenbijdrageregeling op te stellen. Voordeel hiervan is duidelijkheid richting de burgers.

Uit de praktijk blijkt dat de burgers goed op de hoogte zijn van eigenbijdrageregelingen uit omliggende gemeenten. Het voorkomt discussie wanneer de eigenbijdrageregeling in alle omliggende gemeenten gelijk is.

8.6 Ontwikkeling eigenbijdrage systematiek

Uit bovenstaande paragrafen blijkt dat de invoering van een eigenbijdrage systematiek niet eenvoudig is. Meerdere varianten zijn mogelijk en alle varianten hebben voor- en nadelen. Essentieel voor het vaststellen van een eigenbijdrage systematiek is een berekening van de baten en de lasten van de verschillende varianten. Daarbij dient ook rekening te worden gehouden met de gevolgen voor de cliënt. De gekozen variant moet helder en duidelijk zijn en bijdragen aan het vergroten van het bewustzijn bij de cliënt voor wat betreft de eigen verantwoordelijkheid.

Keuzemogelijkheden

- § Afzien van eigen bijdrage individuele verstrekkingen;
- § Eigen bijdrage invoeren voor alle individuele verstrekkingen.

Advies

- § Eigenbijdrage systematiek invoeren voor alle individuele verstrekkingen.

Aandachtspunten

- § De ontwikkeling van een eigenbijdrage systematiek met daarin afstemming tussen HH, voorzieningen Wvg en bijzondere bijstand;
- § Stem de eigenbijdrage systematiek af met de regio gemeenten.

9. Soorten verstrekkingen

Gemeenten moeten zorgvragers voor alle individuele verstrekkingen, dus ook voor de Wvg-verstrekkingen, de keuze bieden in:

- § Zorg in natura;
- § Zorg in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB);
- § Financiële tegemoetkoming.

In de volgende paragrafen worden de drie mogelijkheden nader uitgewerkt, zodat een keuze kan worden gemaakt tussen een ont- of aanmoedigingsbeleid bij een type zorgverstreking.

9.1 Zorg in natura

Zorg in natura wil zeggen dat de zorg door een zorgleverancier wordt geleverd. Deze zorgleverancier regelt dat er een zorgverlener aanwezig is, of de verstrekking wordt geleverd, en regelt de administratie. De cliënt kiest zelf de zorgleverancier (minimaal keuze uit twee) en maakt daarmee afspraken over de manier waarop de zorg wordt verleend of de verstrekking plaatsvindt. Het is mogelijk dat de zorgleverancier met wachlijsten te maken heeft en/of niet aan alle wensen van de cliënt kan voldoen.⁹ De cliënt is afhankelijk van de zorgleverancier qua beschikbaarheid verstrekkingen en hulpverleners en de mate van hulp en zorg die kan worden verstrekt.

De kosten worden door de gemeente rechtstreeks aan de zorgleverancier vergoed. Wel is het mogelijk dat de cliënt wordt aangeslagen voor een eigen bijdrage. De cliënt hoeft niet zelf de boekhouding bij te houden.

9.2 PGB

Een persoonsgebonden budget (PGB) is een tegemoetkoming in de vorm van een geldbedrag waarmee de cliënt zelf een voorziening, zorg, hulp en begeleiding kan inkopen.

Gemeenten kunnen het verstrekken van een PGB aan een individuele cliënt alleen weigeren indien er sprake is van zwaarwegende redenen. Hierbij moet gedacht worden aan verslavingsproblematiek, schuldproblematiek o.i.d.

⁹ Dit zal mede afhangen van de kwaliteitseisen die de gemeente stelt aan de zorgleverancier.

De meeste budgethouders beheren hun budget zelf (circa 90%). Is een cliënt hier niet toe in staat dan kan het beheer overgenomen worden door een vertrouwenspersoon, een organisatie voor cliëntondersteuning of een particulier bureau. Ook sommige thuiszorgorganisaties bieden deze ondersteuning aan. De SVB (sociale verzekeringsbank) biedt ondersteuning op het gebied van salarisadministratie, arbeidsrecht en belastingrecht.

Een cliënt heeft binnen de huidige AWBZ de vrijheid om de middelen van het PGB anders te besteden dan in de indicatie staat: een PGB voor huishoudelijke verzorging mag ook ingezet worden voor de (AWBZ) functie ondersteunende begeleiding of persoonlijke verzorging (substitutie of ruilzorg). Voor deze substitutie bestaat onder de huidige regelgeving echter geen wettelijke basis. Indien gemeenten substitutie (voor de AWBZ- en/of Wmo-functies) willen toestaan dan zal dit in de verordening Individuele Voorzieningen moeten worden vastgelegd. Daarnaast mag de cliënt middelen gebruiken voor de vergoeding van de kosten rond het verkrijgen van de zorg (bemiddelingskosten).

De hoogte van het PGB voor HH binnen de huidige AWBZ is 75% van het bedrag van zorg in natura. Binnen de huidige AWBZ is het gebruik van het PGB gelimiteerd. Omdat binnen de Wmo het bieden van de mogelijkheid van het PGB en de financiële tegemoetkoming een verplichting is, kunnen gemeenten geen plafond stellen aan het aantal verstrekkingen. Gezien het feit dat er een groeiende belangstelling is voor het PGB en de financiële tegemoetkoming, zullen gemeenten bij de inkoop en aanbesteding van zorg in natura hiermee rekening moeten houden.

9.3 Financiële tegemoetkoming

Een financiële tegemoetkoming, ook wel forfaitair bedrag genoemd, houdt in dat iemand een bedrag aan geld krijgt als tegemoetkoming in de kosten die gemaakt worden om de verstrekking aan te schaffen of de hulp te organiseren.

9.4 Zorg in natura en PGB: voor- en nadelen

Doordat de verstrekkingen gelijkwaardig moeten zijn, wordt in onderstaand overzicht de financiële tegemoetkoming niet meegenomen.

	Zorg in natura	PGB
Voordelen	<ul style="list-style-type: none"> § Cliënt hoeft zorg niet te regelen. § Administratieve lasten lager dan PGB voor zowel gemeente als cliënt. § Verantwoording van organisaties in plaats van klanten. § Kwantumkorting (bij regionale samenwerking). § Sturing op kwaliteit mogelijk. 	<ul style="list-style-type: none"> § Gemeente hoeft de levering van de zorg niet te regelen. § Cliënt is minder afhankelijk van zorgleverancier. § Eigen bijdragen zijn al verdisconteerd. § Meer realisatie vraagsturing.
Nadelen	<ul style="list-style-type: none"> § Cliënt is meer afhankelijk van de geselecteerde zorgleveranciers. § Gemeente moet zorg regelen. § Eventueel moeten eigen bijdragen worden geïnd; § Minder realisatie vraagsturing. 	<ul style="list-style-type: none"> § Cliënt moet zelf zorg regelen. § Administratieve lasten hoger dan zorg in natura. § Verantwoording van klanten in plaats van organisaties. § Geen mogelijkheden voor kwantumkorting; § Beperkte sturing op kwaliteit.

9.5 Regionale afstemming

Het heeft voordelen om het ont- en aanmoedigingsbeleid ten aanzien van zorg in natura, PGB of financiële tegemoetkoming met de andere regionale gemeenten af te stemmen. Hier is een tweetal redenen voor te benoemen:

- De meeste zorgleveranciers werken regionaal. Eenduidigheid in beleid zal bij zorgleveranciers dan ook de voorkeur genieten. Dit geldt zowel voor de inkoop als voor het leveren van zorg voor een PGB cliënt;
- Mogelijkheid tot voeren van gezamenlijk inkoopbeleid en PGB beleid. De uitbesteding van het PGB kan bijvoorbeeld tot administratieve lastenbesparing leiden wanneer gemeenten hierbij

samenwerken. Gezamenlijke inkoop bij verstrekking in natura levert schaalvoordelen op.

9.6 Conclusie

Hoogte PGB

Het PGB-HH binnen de Awbz beweegt zich rond de 75% van de kosten van dezelfde voorziening in natura. Uitgangspunt hierbij is dat een cliënt met een PGB de zorg goedkoper kan inkopen, doordat er geen overheadkosten e.d. zijn. In de Wmo zullen gemeenten zelf moeten bepalen hoe de hoogte van het PGB zich verhoudt tot de kosten van de Zorg in Natura (ZIN). Daarbij geldt dat de compensatieplicht wel betekent dat verwacht moet kunnen worden dat het PGB toereikend is om in de verstrekking te voorzien. Waar bij de HH blijkt dat PGB-houders inderdaad voor een lager budget hun ondersteuning op maat geregeld krijgen, is niet vanzelfsprekend dat dat straks voor andere verstrekkingen ook geldt.

Verwacht mag worden dat hoe hoger het PGB wordt gesteld, hoe groter het gebruik wordt. En dat heeft een nadeel. Naarmate het PGB-gebruik toeneemt, neemt het gebruik van ZIN navenant af. En dat betekent dat gemeenten over een steeds kleiner volume collectieve inkoopcontracten afsluiten. En hoe kleiner het volume, hoe hoger de stuksprijs. Gemeenten kunnen dit ondervangen door gezamenlijk in te kopen.

Het is overigens nog niet duidelijk in hoeverre de meerkosten die gemeenten maken om de PGB verstrekking te realiseren mogen worden doorberekend in de uiteindelijke hoogte van de PGB. Bovendien kunnen de mogelijkheden worden verkend bij zorgaanbieders om dezelfde het prijsniveau voor PGB-houders gelijk te stellen met de prijs die op basis van kwantumkorting wordt bepaald voor de in natura verstrekking.

Bureaucratie

Op dit moment is het PGB in de AWBZ ingebed in een forse bureaucratische structuur. Het aanvragen, beheren en verantwoorden van een PGB kost zoveel werk dat het gebruikers een doorn in het oog is en voor andere klanten een reden om maar geheel van een keuze voor een PGB af te zien.

Naarmate de bureaucratie afneemt treden er twee mogelijke financieel nadelige effecten voor gemeenten op:

- § de aantrekkelijkheid van het PGB gebruik neemt toe, waardoor het nadelige effect op het inkoopvolume (vorige punt) toeneemt;
- § door minder controle neemt de kans op onterechte verstrekkingen toe.

Voor de zogenaamde 'overgangsccliënten'¹⁰ is overigens bepaald dat de uitvoering van de PGB-regeling blijft liggen bij het zorgkantoor (generieke uitbesteding van beheer van bestaande PGB's aan zorgkantoor).

Keuze

- § Overnemen PGB-systematiek van het zorgkantoor;
- § Eigen systematiek PGB ontwikkelen, waarbij het vastleggen van handhavingsmodel een belangrijk onderdeel is.

Advies

- § Eigen systematiek PGB ontwikkelen, waarbij het vastleggen van; handhavingsmodel een belangrijk onderdeel is.

Aandachtspunten

- § Knelpunten PGB voor voorzieningen anders dan HH in kaart brengen en oplossingen creëren;
- § In overleg met het zorgkantoor worden de knelpunten nader uitgewerkt.

¹⁰ De cliënt die op het moment dat de Wmo in werking treedt een geldige (AWBZ-)indicatie voor huishoudelijke verzorging heeft, behoudt de rechten en verplichtingen op grond van de AWBZ tot maximaal een jaar na inwerkingtreding van de Wmo. Deze cliënten vallen onder het 'overgangsrecht' en worden ook wel aangeduid als 'overgangsccliënten'.

10. Inkoop en aanbesteden

10.1 Algemeen

De gemeente moet de levering van de HH uitbesteden. Uitbesteden betekent in dit geval ook aanbesteden conform de Europese wet- en regelgeving. De Wmo stelt als verplichting dat de gemeente de zorgvrager de keuze biedt uit meerdere aanbieders. De wetgever heeft de verwachting dat de tucht van de markt (marktwerking) de aanbieders efficiënter en goedkoper laten werken. Een kanttekening die hier gemaakt kan worden is dat marktwerking de ketenzorg en de afstemming met welzijn kan doorbreken. Samenwerking met andere (keten)partners is niet altijd vanzelfsprekend. Marktgroei heeft vaak de prioriteit boven samenwerking. Om daar waar samenwerking niet vanzelfsprekend is toch samenwerking 'af te dwingen', dient de gemeente haar regierol op te pakken. Dat zorgorganisaties samenwerken met welzijnsorganisaties is voor sommigen nog geen vanzelfsprekendheid. En dat is jammer, want de meerwaarde van welzijn zit 'm nou juist in de ontwikkeling van een sociale structuur waarin mensen actief blijven en mee (kunnen) doen. De andere kant van de medaille is dat als relatief duur, hoog opgeleid zorgpersoneel geen relatief 'goedkope' welzijnstaken meer hoeft te doen, hiermee geld kan worden bespaard dat op een andere wijze kan worden ingezet. Ouderenadviseurs kunnen in dit verband veel betekenen. Denk bijvoorbeeld aan sociale activering.

10.2 Geen subsidieverlening

Er is *geen* mogelijkheid om het verlenen van de zorg via een subsidie aan een bepaalde partij toe te kennen. De redenen hiervoor zijn¹¹:

1. Subsidie wordt aangevraagd, een opdracht verleen je;
2. De zorgverlener werkt tegen marktprijzen en maakt winst, bij een subsidie heeft de organisatie geen winstoogmerk;

¹¹ (zie ook factsheet Subsidie en Aanbesteding, uitgegeven door het ministerie van VWS d.d. 4 juli 2005) en arresten 'HHJ EG 18 november 1999, zaak C-107/98, Teckal' en 'HHJ EG 11 januari 2005, zaak C-26/03, Stadt Halle'.

3. Als de organisatie voor meerdere partijen werkt dan alleen de betreffende gemeente, is er sprake van een markt. Bij marktprijzen gaat het om een overeenkomst;
4. Er is geen sprake van subsidieverlening.

10.3 Mogelijkheden

Door de werkgroep inkoop van de VDG zijn de volgende inkoopmodellen onderzocht:

1. Standaard inkoopmodel en wijkmodel (+PGB);
2. Kavelmodel (+PGB);
3. Vouchermodel (+PGB);
4. Model Raamovereenkomst (+PBG);
5. PGB-model (geen ZIN).

Bij de inkoopmodellen 1 tot en met 4 is er sprake van Zorg in Natura (ZIN). Bij de modellen 1 en 2 is er sprake van beperkte marktwerking en worden er afspraken gemaakt over de omvang van de af te nemen hoeveelheid. In model 3 en 4 worden met de aanbieders geen of zeer beperkte hoeveelheidsafspraken gemaakt. In het vouchermodel is er sprake van een lijst met voorkeursaanbieders. Indicaties, toewijzingen en zorglevering zou via het AZR (AWBZ brede zorgregistratie) systeem moeten plaatsvinden. Met dit vouchermodel is nog geen ervaring opgedaan; bovendien kunnen gemeenten geen gebruik maken van dit cliëntvolgsysteem.

Bij een raamovereenkomst maakt men naast kwaliteitseisen alleen afspraken over de tarieven. Omdat in dit model geen (of indien gewenst slechts beperkte) volume afspraken worden gemaakt, stelt het model de gemeente in de gelegenheid om rekening te houden met de ontwikkeling van de vraag naar PGB en een eventuele herijking van het beleid. De optie van de raamovereenkomst zal nader onderzocht moeten worden door de werkgroep Inkoop. De gemeenten kunnen met meerdere aanbieders een raamovereenkomst sluiten (naast de huidige aanbieders van huishoudelijke zorg, de intramurale zorginstellingen, reïntegratiebedrijven, de WSW etc.).

Diverse gemeenten hebben te kennen gegeven dat men in de komende periode zoveel mogelijk de huidige situatie wil handhaven d.w.z. dat zoveel mogelijk vermeden moet worden dat de cliënt per 1 januari 2007 moet overstappen naar een andere aanbieder. Deze gemeenten kiezen voor overgangperiode om ervaring met de nieuwe taak HH op te doen.

Het zuivere PGB-model (variant 5), dit wil zeggen zonder een aanbod van zorg in natura, is wettelijk niet toegestaan. Volgens artikel 6 van het wetsvoorstel Wmo moeten gemeenten een keuze aanbieden tussen zorg in natura en PGB.

Een PGB veronderstelt een behoorlijk regelvermogen bij de cliënt en of de mantelzorger (werkgeverschap, het afleggen van verantwoording, zelf zorgdragen voor vervanging etc.). Dit is niet voor iedereen weggelegd en/ of door iedereen gewenst.

10.4 Advies werkgroep

Gezien de zeer beperkte tijd adviseert de subwerkgroep Inkoop dat alle Drentse gemeenten kiezen voor gezamenlijke aanbesteding van de huishoudelijke verzorging. Hierbij zijn de volgende beginselen leidend:

- § optimale gemeentelijke autonomie: lokale beleidsvrijheid en gemeentelijk maatwerk moet gegarandeerd zijn;
- § vraagsturing door optimale marktwerking.

De adviesnota inkoop HH + bestek wordt apart aangeboden aan het college van B&W.

10.5 Meer alfahulp

Door het realiseren van meer alfa-dienstverlening als het gaat om Huishoudelijke Verzorging kan bespaard worden op een belangrijke kostenpost. We zien dat de inkoopkosten bij een 30% alfa HH - 70% overige HH verdeling zullen dalen met € 1.040.793. Als we uitgaan van een 70% alfa HH -30% overige HH verdeling komen we zelfs op een besparing van € 3.816.243 (dit scenario noemen we 'dubbel alfa'). Dit lijkt vooralsnog geen haalbare kaart.

Advies

- § Gezien de zeer beperkte tijd adviseert de subwerkgroep Inkoop dat alle Drentse gemeenten kiezen voor gezamenlijke aanbesteding van de huishoudelijke verzorging volgens het raammodel (kavels);
- § Er wordt nadrukkelijk ingezet op de inkoop van meer alfahulp.

11. Regionale samenwerking

De gemeenten in de Zuidoost regio werken al samen op het terrein van de Wvg voorzieningen. Gezamenlijk worden bestekken opgesteld en ingekocht, ruimte latend voor lokale verschillen. Het lijkt een logische stap om deze intensieve samenwerking voor te zetten op het terrein van de HH. De gemeenten hebben bijvoorbeeld de mogelijkheid om in regionaal verband de eigenbijdrageregeling op te stellen. Voordeel hiervan is duidelijkheid richting de burgers. Uit de praktijk blijkt dat de burgers goed op de hoogte zijn van eigenbijdrageregelingen uit omliggende gemeenten. Het voorkomt discussie wanneer de eigenbijdrageregeling in alle omliggende gemeenten gelijk is.

Zoals beschreven in het voorgaande hoofdstuk wordt de centrale inkoop van HH op dit moment voorbereid door een subwerkgroep van de VDG. Deskundigen van de gemeenten uit de Zuidwest regio, Tynaarlo en Midden-Drenthe hebben zitting in deze werkgroep. Op 15 mei 2006 zijn de verantwoordelijke portefeuillehouders VDG akkoord gegaan met de voorbereidingsactiviteiten. Ingezet wordt op een raamovereenkomst met 12 percelen.

Advies

Emmen kiest voor regionale/provinciale samenwerking daar waar dit leidt tot kostenbesparing, verhoging cliëntvriendelijkheid en efficiencywinst.

12. Implementatie individuele verstrekkingen

In dit hoofdstuk wordt in algemene termen het proces van implementatie van individuele verstrekkingen weergegeven. Na het vaststellen van het beleid zullen er maatwerkimplementaties worden uitgevoerd.

In het algemeen vindt de implementatie plaats aan de hand van de volgende drie thema's:

1. Beleidsvorming
2. Uitwerking en concretisering van het proces
3. Inkoop en aanbesteding

Ad 1: Beleidsvorming

Het doel van de beleidsvorming is te komen tot een meerjarenbeleidsplan en verordening. Het traject voor de implementatie maakt onderdeel uit van de brede Wmo-visie van de gemeente. In het kader van deze notitie beperken we ons tot de implementatie van de individuele verstrekkingen.

De volgende stappen kunnen worden doorlopen:

- | | |
|---------|---|
| Stap 1: | Beleidsnotitie en uitgangspunten inbrengen in de Raad |
| Stap 2: | Meerjarenbeleidplan opstellen |
| Stap 3: | Ontwikkelen verstrekkingenbeleid |
| Stap 4: | Burgers, ketenpartners en leveranciers betrekken |
| Stap 5: | Inspraakprocedure starten |
| Stap 6: | Vaststellen door de Raad |

Ad 2: Uitwerking en concretisering van de processen

Het doel van het uitwerken en concretiseren van de processen is te komen tot een inrichting en uitvoering van de het systeem van individuele verstrekkingen (waarbij HH nieuw is), eigen bijdragen en de organisatorische inbedding, sturingsconcept, kennis en vaardigheden.

De volgende stappen kunnen worden doorlopen¹²:

1. Individuele verstrekkingen realiseren:

- Stap 1: organiseren toegang tot de zorg
- Stap 2: organiseren inkoop
- Stap 3: organiseren PGB verstrekkingen
- Stap 4: uitwerken primaire proces, (werk)instructies en protocollen
- Stap 5: informeren burgers en cliënten
- Stap 6: formaliseren uitvoering (contracten opstellen en sluiten)

2. Realiseren eigenbijdrageregeling:

- Stap 1: ontwikkelen eigen bijdragesystematiek
- Stap 2: afstemmen met CAK over wijze van inning
- Stap 3: informeren burgers
- Stap 4: formaliseren uitvoering (contracten opstellen en sluiten)

3. Formatie, organisatie en ICT:

- Stap 1: inventariseren huidige werkwijze
- Stap 2: in beeld brengen nieuwe taken en de gevolgen
- Stap 3: begroten van de benodigde personele capaciteit
- Stap 4: ontwerp organisatiestructuur
- Stap 5: uitwerken ondersteunende processen

4. Financiën:

- Stap 1: inventariseren financiële middelen uitvoering en verstrekking zorg
- Stap 2: inventariseren kosten en bepalen kostprijzen
- Stap 3: opstellen concept begroting
- Stap 4: opstellen meerjarenbegroting
- Stap 5: vaststellen begroting

5. Sturingsconcept:

- Stap 1: inventariseren informatiebehoefte (resultaat, kwaliteit, evaluatie)
- Stap 2: vaststellen kritische succesfactoren en prestatie indicatoren
- Stap 3: uitwerken besturingsproces
- Stap 4: meetpunten in de werkprocessen inregelen, kwaliteits- en evaluatie-instrumenten bepalen
- Stap 5: vaststellen informatieplan

¹² De stappen voor de implementatie kunnen ook parallel lopen.

6. Kennis en vaardigheden medewerkers:

- Stap 1: opleidingsanalyse
- Stap 2: ontwerp/inkopen opleidingen
- Stap 3: uitvoeren opleidingen
- Stap 4: transfer naar de praktijk

Ad 3: Inkoop en aanbesteding

De daadwerkelijke levering van de verstrekking dient te worden aanbesteed. De contracten voor Wvg verstrekkingen mogen worden uitgediend. Daarna kunnen ook voor de Wvg verstrekkingen dezelfde stappen worden doorlopen. Indien van toepassing wordt de uitbesteding van activiteiten in het aanvraagproces in de verordening opgenomen.

Het doel is het inkopen van een individuele verstrekking waarbij wordt voldaan aan de juridische eisen.

De inkoop en aanbesteding van HH wordt voorbereid door de werkgroep inkoop van de VDG. Deze werkgroep heeft daartoe een stappenplan opgesteld.

De volgende stappen worden doorlopen:

1. Voorbereiding:

- Stap 1: Offerteaanvraag bestek + begeleiding aanbesteding
- Stap 2: beoordeling 3 offertes
- Stap 3: opstellen bestek
- Stap 4: Informeren lokale Wmo-raden
- Stap 5: opstellen collegevoorstel
- Stap 6: opstellen aankondiging en uitnodigingbrief

2. Uitvoering:

Selectie

- Stap 1: plaatsen aankondiging en verzenden uitnodigingbrief
- Stap 2: selectiedocument verzenden
- Stap 3: selectie van leveranciers
- Stap 4: vaststellen selectie
- Stap 5: verzenden (niet) selectiebrief en bestek

Gunning

- Stap 6: verzorgen informatiebijeenkomst (pre bidmeeting)
- Stap 7: ontvangst offertes en opening
- Stap 8: beoordelen offertes en opstellen gunningadvies

- Stap 9: gunningadvies vaststellen
- Stap 10: verzenden (niet) gunningbrieven
- Stap 11: zogenaamde 'sputtertermijn' afwachten

Contractvorming

- Stap 12: contracten opstellen
- Stap 13: contracten vaststellen

3. Evaluatie

Moet nog ingevuld worden

Advies

- § Opstellen implementatieplan individuele verstrekkingen in juli
- § Implementatie starten in september

13. Financiële paragraaf

13.1 Hoe worden de financiële consequenties in kaart gebracht?

Door de werkgroep financiën wordt in kaart gebracht wat de financiële implicaties zijn voor wat betreft de invoering van de Wmo. Er is enige verwarring over de informatie die uit verschillende bronnen komt. De informatie is niet eenduidig te noemen. Vooralsnog gaan we uit van het verdeelmodel van Cebeon. Deze informatie is gebaseerd op de gegevens van 2004. Van het CAK zijn inmiddels wel de gegevens van de HH 2005 beschikbaar, zodat op basis van deze gegevens wel een inschatting kan worden gedaan over aantallen zorguren.

Cebeon heeft inmiddels opdracht gekregen van de staatssecretaris om voor de meicircularie gemeentefonds 2006 weer een verdeling te maken op basis van de realisatie 2005. Daarvoor zijn opnieuw de cijfers van het CAK gebruikt. Een complicerende factor in deze is dat de zorgkantoren nog geen definitief realisatiecijfer hebben van de Awbz subsidieregelingen in 2005. Dat beeld is pas in juli compleet¹³. Dat betekent dat de reeks in de meicircularie voor wat betreft de subsidies slechts indicatief is.

13.2 Kosten van verstrekking van Hulp bij het Huishouden (HH)

De kosten van de verstrekking van de HH zijn op dit moment moeilijk in te schatten. Bij de uitvoering van de HH onder de AWBZ wordt met thuiszorgorganisaties gewerkt die door de zorgkantoren worden gecontracteerd. Hierbij vindt geen concurrentie plaats op prijs. De zorgkantoren kopen de zorg in tegen vaste tarieven¹⁴. Bij aanbestedingen vormt de prijs één van de criteria waarop leveranciers worden geselecteerd. Er ontstaat een concurrentie op prijs. Daarnaast zullen er nieuwe partijen zijn die toetreden tot de markt van de HH. Ook dit kan van invloed zijn op de prijs voor de levering van de HH.

Een ander element dat de prijs beïnvloedt is de omvang van de te verstrekken HH. Als de omvang groter wordt worden de kosten lager. De omvang kan groter worden door als gemeenten gezamenlijk in te kopen (aan te besteden). De omvang wordt echter weer kleiner als er wordt

¹³ Tijdens de raadsvergadering worden zo actueel mogelijk overzichten qua financiën gepresenteerd.

¹⁴ Door het zorgkantoor Drenthe wordt sinds enige jaren gewerkt met goedkopere inkoop tarieven. Hierbij moet gedacht worden aan een inkoopsprijs van 90% van de tariefprijs.

gewerkt met zogenaamde kavels die aan verschillende leveranciers worden gegund.

Aangezien er op dit moment geen ervaring is met het aanbesteden van HH is moeilijk aan te geven hoeveel de tarieven dalen. Een gegeven: door marktwerking dalen tarieven.

Bij de levering van de hulpmiddelen Wvg is wel ervaring opgedaan met inkopen en aanbesteden. In de loop der jaren (van 1995 tot heden) zijn de tarieven met gemiddeld 40% gedaald (rekening houdend met inflatie).

13.3 Financieel overzicht kosten Wmo

13.3.1. Rekenmodellen: Scenariobouw

Ten behoeve van deze notitie is een aantal rekenmodellen ontwikkeld in Excel. Deze rekenmodellen maken deels gebruik van de verzamelde gegevens over de individuele verstrekkingen en zijn gebaseerd op de rekenmodellen van het Ministerie. Het gaat om de volgende rekenmodellen:

1. Rekenmodel Wvg
2. Rekenmodel HH
3. Rekenmodel uitvoeringskosten

13.3.2. Rekenmodel Wvg

Het rekenmodel Wvg is opgebouwd uit twee onderdelen. Er wordt gevraagd naar twee verwachte waarden per categorie verstrekkingen:

- a. de verwachte vraag naar verstrekkingen
- b. de verwachte kostprijs van de verstrekking

In het rekenmodel is vooralsnog niet opgenomen de eigen bijdrage van de verstrekking. Het opleggen van een eigen bijdrage wordt overigens wel voorgesteld in de kadernota Wmo.

Er kunnen per waarde drie mogelijkheden (scenario's) worden opgegeven per categorie. Deze scenario's kan de gemeente zelf bepalen. Bijvoorbeeld een gelijkblijvende vraag en/of kostprijs op basis van de begroting 2006, een dalende vraag en/of kostprijs en een stijgende vraag en/of kostprijs.

Scenario aantallen begroting				
	totaal aantal	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
	<i>begroting 2006</i>	<i>daling 10%</i>	<i>Stijging 10%</i>	<i>Stijging 20%</i>
Verhuizing	120	108	132	144
Woningaanpassing	750	675	825	900
Woningaanpassing > € 20,420,00	20	18	22	24
Aanbrengen traplift	120	108	132	144
Collectief vervoer zones	215000	193500	236500	258000
Scootmobiel	420	378	462	504
Fin. Tegemoetkoming voor verv. Kst	559	503	615	671
Handm bewogen rolstoel	435	392	479	522
Elektrisch bewogen rolstoel	25	23	28	30

In dit deel van het rekenmodel wordt de huidige vraag ingegeven, een daling van de vraag met 10% (scenario 1), een stijging van de vraag met 10% (scenario 2) en een stijging van de vraag met 20% (scenario 3).

Scenario inkoopkosten	totaal bedrag	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
	<i>begroting 2006</i>	<i>daling 10%</i>	<i>Stijging 10%</i>	<i>Stijging 20%</i>
Verhuizing	€ 217.411,00	€ 195.669,90	€ 239.152,10	€ 260.893,20
Woningaanpassing	€ 1.217.416,00	€ 1.095.674,40	€ 1.339.157,60	€ 1.460.899,20
Woningaanpassing > € 20,420,00	€ 1.000.000,00	€ 900.000,00	€ 1.100.000,00	€ 1.200.000,00
Aanbrengen traplift	€ 409.988,00	€ 368.989,20	€ 450.986,80	€ 491.985,60
Collectief vervoer zones	€ 1.418.354,00	€ 1.276.518,60	€ 1.560.189,40	€ 1.702.024,80
Scootmobiel	€ 1.559.968,00	€ 1.403.971,20	€ 1.715.964,80	€ 1.871.961,60
Fin. Tegemoetkoming voor verv. Kst	€ 375.306,00	€ 337.775,40	€ 412.836,60	€ 450.367,20
Handm bewogen rolstoel	€ 579.313,00	€ 521.381,70	€ 637.244,30	€ 695.175,60
Elektrisch bewogen rolstoel	€ 187.855,00	€ 169.069,50	€ 206.640,50	€ 225.426,00
<u>Totaal</u>	€ 6.965.611,00	€ 6.269.049,90	€ 7.662.172,10	€ 8.358.733,20

In het rekenmodel kunnen bovenstaande berekeningen voor alle verstrekkingen worden gemaakt, op basis van drie scenario's per verstrekking. Hierdoor kan de financiële impact van verschillende keuzes en aannames van de Wvg-verstrekkingen worden verkend. Overigens niet alleen voor volgend jaar, maar ook voor de jaren die daarop volgen (lange termijn scenario's). Wanneer besloten wordt een eigen bijdrage voor alle Wmo-strekkingen in te voeren, kan dit verwerkt worden in het rekenmodel. Gekozen kan worden voor een percentuele eigen bijdrage, een vaste hoge eigen bijdrage of een vaste lage eigen bijdrage.

Er moet rekening gehouden worden met het niet meer ontvangen van de subsidie t.a.v. de grote woningaanpassingen (> € 20.420,=) vanuit de landelijke overheid. Dit wordt geheel de verantwoordelijkheid van de gemeentelijke overheid en heeft een open eind financiering.

13.3.3 Rekenmodel HH

Zorguren

Binnen de gemeente Emmen werden in het jaar 2005, 573441 zorguren ingezet¹⁵. De te verwachten scenario's zijn dat er in de komende jaren een ontwikkeling zal plaatsvinden in het aantal zorguren die ligt tussen de -20% en +20% per jaar. Bij een daling van 20% per jaar zullen er in 2008 nog 293602 zorguren ingezet worden. Bij een stijging van 20% per jaar zal er in 2008 nog 990906 zorguren ingezet worden.

De werkelijke ontwikkeling van de vraag naar zorg is afhankelijk van demografische en sociale ontwikkeling maar is vanuit gemeentelijke zijde beïnvloedbaar door middel van meer of minder strikt te indiceren of middels toepassen van de eigen bijdrage in diverse varianten.

Indicaties:

In 2005 zijn door het CIZ ongeveer 4300 positieve HH indicaties afgeven. Uitgaande van een stijging van het aantal vragen zoals die ook gezien is in 2005 van 20% betekent het dat er in 2006 ongeveer 5100 positieve indicaties te verwachten zijn.

Ervaringsgegevens vanuit de uitvoering WVG binnen de gemeente Emmen, leert sinds 1999, dat van het aantal aanvragen 80% positief beschikt wordt en 20% wordt afgewezen. Dit zou betekenen dat het aantal aanvragen voor HH ongeveer 6000 op jaarbasis zal bedragen.¹⁶

Scenario's inkoopkosten

In het rekenmodel HH wordt vervolgens naar de inkoopkosten gekeken. Op basis van drie verschillende scenario's wordt de prijs per eenheid product bepaald.

De inkoop bestaat uit HH1 (alfa hulp) per uur € 14,10 en HH2 (zwaardere huishoudelijke verzorging) per uur € 26,20.

De verdeling 2005 tussen HH1 en HH2 bij de grootste leverancier van HH in Drenthe is resp. 24.564 uren en 548.877 uren ofwel 4,3 % en 95,7 %.

¹⁵ Hierbij wordt uitgegaan van de cijfers van het CAK (2005) en de demografische kenmerken van het CBS. Het CBS levert informatie over de demografische druk per gemeente (het aantal 65-plussers ten opzichte van de overige bevolking). De cijfers leren ons dat de demografische druk in Emmen, in de jaren 2003 t/m 2005, een constante 1,9% hoger aantal aangeeft tov de landelijke trend als het gaat om personen.

¹⁶ Deze berekening is gebaseerd op mondeling verstrekte gegevens van het CIZ. Deze gegevens zijn niet verifieerbaar.

Het gemeentelijke inkoop beleid richt zich op een groter deel HV1 waardoor binnen gedefinieerde kwaliteitseisen de kosten kunnen dalen voor hetzelfde aantal zorguren.

Scenario Inkoopkosten cijfers 2005						
	Huidige situatie		Gewenste situatie		Tussensituatie	
HHV Alphahulp (HV1)	€ 346.352,40	4,30%	€ 2.425.655,43	30%	€ 1.617.103,62	20%
HHV overig (HV2)	€ 14.435.465,10	95,70%	€ 10.557.048,81	70%	€ 12.065.198,64	80%
Totaal	€ 14.781.817,50	100%	€ 12.982.704,24	100%	€ 13.682.302,26	100%

Scenario's eigen bijdrage

Tenslotte worden de eigen bijdragen in het scenario opgenomen. Momenteel worden de bijdragen geïnd door het CAK. De hoogte is afhankelijk van het inkomen en kent een zgn. maximale periodebijdrage. Er kunnen twee verschillende scenario's worden geformuleerd: geen eigen bijdrage of de huidige eigen bijdrage AWBZ. In principe is het in het rekenmodel HH mogelijk om per scenario verschillende eigen bijdrageregelingen aan te geven, maar daar zien we op dit moment vanaf. Ook is het mogelijk om eventuele verwachte terugbetalingen in dit onderdeel op te nemen.

Scenario Eigen bijdrage				
	Totaal bedrag	Aantal personen	Bijdrage p/jr	Bedrag p/wk
Ontvangen in 2004	€ 1.479.200,00	4022	€ 367,78	€ 7,07

Let op: In bovenstaand overzicht wordt uitgegaan van cijfers 2004, omdat het CAK geen valide cijfers kan aanleveren over 2005.

Het aantal personen HH x de eigen bijdrage bepaalt de opbrengsten, waarbij aangetekend dient te worden dat de werkelijke opbrengst door de inkomenstoets lager ligt.

De totale kosten worden bepaald door de verwachte vraag x inkoopkosten – eigen bijdrage. De effecten van (een combinatie van) de verschillende scenario's op de totale kosten van HH kunnen worden bepaald. In bovenstaand voorbeeld is uitgegaan van 1 jaar. In het rekenmodel kunnen de jaren tot en met 2010 worden berekend.

13.3.4 Rekenmodel uitvoeringskosten.

Uitvoeringskosten

In het rekenmodel van de uitvoeringskosten kan vervolgens worden aangegeven hoeveel FTE nodig zijn voor verschillende werksoorten. De formatie is afhankelijk van de aantallen aanvragen van de diverse werksoorten, waarbij ten aanzien van de nieuwe delen een aanname zal moeten worden gemaakt door bepalende factoren als case-load enz.

Onderzocht is hoeveel extra FTE er benodigd is voor de HH. Voor de volledigheid noteren we ook hier kort de benodigde extra FTE per werksoort en in totaal met een uitsplitsing naar de indicatiekosten en de kosten administratieve verwerking/ondersteuning.

Op grond van de gegevens van het CIZ en het CAK wordt een aantal van 6000 indicatie aanvragen HH verwacht. Een caseload van 30 aanvragen per week (1110 per jaar) is reëel.¹⁷ Benodigd aantal FTE's is dan 6.000 aanvragen gedeeld door 1.110 = 5 FTE¹⁸.

Ongeacht of de indicatiestelling wordt uitbesteed of dat er wordt gekozen voor het gemeentemodel (ca 70% eenvoudig zelf doen en 30% complex uitbesteden) is er voor verdere administratieve verwerking formatie nodig (administratie medewerkers, uitkerings administratie, etc.) Wanneer besloten wordt tot uitbesteding van de indicatiestelling HH, blijven de kosten voor administratieve ondersteuning gelijk of nemen toe i.v.m. de controle op de indicaties. Zie onderstaand overzicht voor een globale benadering en met een aanname in de verhoudingen tussen de werksoorten.

¹⁷ Gebaseerd op werkproces beslisboom HH en ervaringcijfers van de afdeling MZZ-VG

¹⁸ Geldende formule voor het berekenen van netto inzetbaarheid binnen de Gemeente Emmen

Kosten voor indicatie

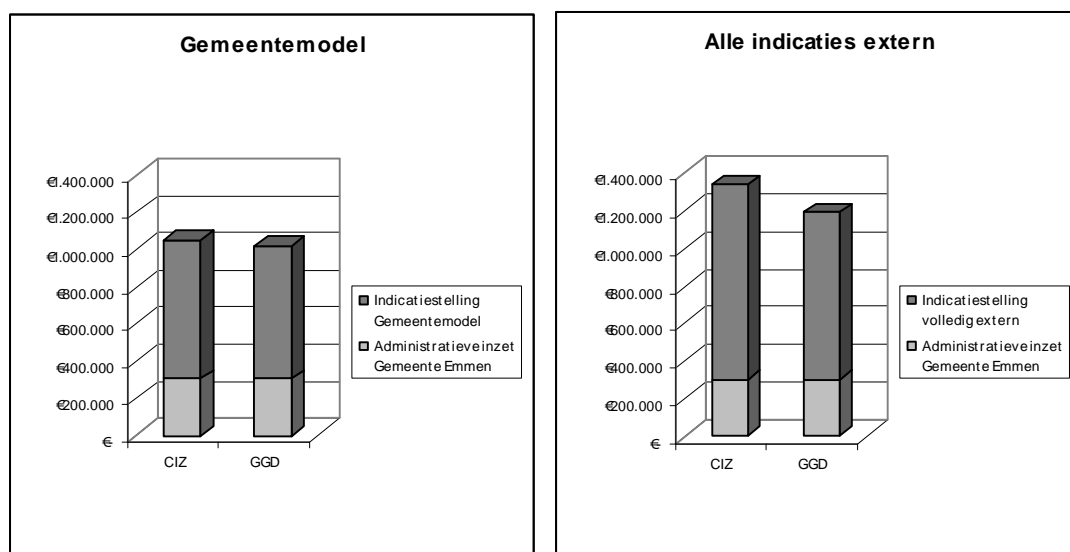
Werksoort	Fte	Tarief in schalen	Kosten
Consulenten	5	8	€ 345.505
Totaal	5		€ 345.505

Kosten adm verwerking/ondersteuning

Werksoort	Fte	Tarief in schalen	Kosten
Administratie & verwerking	3,5	6	€ 214.053
Fin. Adm/Verantwoording/jaarverslag etc	0,5	7	€ 32.390
Beleid/inkoop/coördinatie	0,5	10	€ 39.234
Bezwaar en beroep	0,25	9	€ 18.490
Totaal	4,75		€ 304.167

Keuzemodel inzake de indicatie huishoudelijke verzorging.

In hoofdstuk 6 wordt voorgesteld te kiezen voor het "gemeentemodel" en niet voor het uitbesteden van alle indicaties inzake de huishoudelijke hulp. Voor de duidelijkheid wordt in onderstaand figuur inzicht verschaft in de kosten voor wat betreft de keuze tussen het gemeente model of het extern laten uitvoeren van indicaties. Hierbij moet er rekening mee gehouden worden dat in beide situaties minimaal de kosten voor de administratie zoals deze zijn berekend in bovenstaand model gelden. Binnen het gemeentemodel wordt 70% van de indicaties door de gemeente zelf uitgevoerd en 30% door een externe partij.



In bovenstaande modellen zijn de prijsopgaven van zowel het CIZ als de GGD berekend zoals deze zijn opgegeven voor 2007.

13.4 Incidentele kosten

Dataoverdracht

Zowel voor de overdracht van de gegevens van het Zorgkantoor en het CAK in de periode najaar 2006 en voorjaar 2007 zal er extra personele inzet moeten plaatsvinden om deze data in te voeren in de datasystemen van de gemeente Emmen. Hierbij zal het gaan om alle data van de dan bekende gebruikers van hulp bij het huishouden. De verwachting is dat dit ongeveer 4300 cliëntgegevens zijn die ingevoerd moeten worden.

De verwachte kosten voor de overgang van de data van 4300 cliënten die gefaseerd zal plaatsvinden in de periode november 2006 tot en met maart 2007 zal naar verwachting een eenmalige investering van¹⁹ € 60.000,= vergen. Hierbij is uitgegaan van een projectmatige aanpak.

Overgangsregime

Daarnaast heeft iedere cliënt die in 2006 gebruik maakt van hulp in de huishouding na ingangsdatum Wmo nog één jaar recht op hulp bij het huishouden op basis van de AWBZ indicatie.²⁰ Binnen dit jaar zal iedere cliënt van de gemeente Emmen een nieuwe beschikking moeten krijgen, zodat op 1 januari 2008 iedere gebruiker van hulp bij het huishouden, deze hulp heeft op basis van een beschikking van de Gemeente Emmen. Overigens is binnen de Wmo-verordening de uitloopmogelijkheid opgenomen voor het herindiceren van de cliënten tot 1 juli 2008.

Het kan een voordeel opleveren deze omzetting zo snel mogelijk in 2007 te realiseren, zodat de effectieve inzet van HH1 ook snel gerealiseerd kan worden. Het is aannemelijk dat de uitvoeringskosten van een projectmatige aanpak van deze omzetting meer dan gedekt kan worden door de besparing in de verdeling HH1 en HH2.

Voorgesteld wordt dit in 2007 projectmatig uit te voeren, zodat in een korte periode alle gebruikers een gemeentelijke beschikking krijgen. Dit betekent dat een deel van de gebruikers wel, en een deel niet opnieuw geïndiceerd zal moeten worden. Deze laatste groep heeft voldoende aan

¹⁹ Dit bedrag is berekend op basis van de plus minus 4300 cliëntgegevens die overgezet moeten worden waarbij het overzetten van systeem 1 naar systeem 2, 20 minuten tijd kost. Er wordt uitgegaan van een projectmatige aanpak, buiten het bestaande apparaat. (4300 cliënten x 20 minuten = 1433 uur)

²⁰ Dit is hulp bij het huishouden die door de Gemeente Emmen wordt bekostigd en ingezet op basis van de CIZ indicatie van voor 01-01-2007

een nieuwe beschikking. Een juiste raming van kosten van dit project zal pas gemaakt kunnen worden als de clientgroepopbouw helder is. Voorstel is om een eenmalig bedrag van € 100.000,=²¹ te reserveren voor deze omslag.

13.5 Conclusie en aanbeveling

Dit hoofdstuk geeft weer dat de overgang van de huidige WVG naar de WMO budgetneutraal ingevoerd wordt. Daarnaast is de conclusie dat het gemeentemodel het goedkoopste model is voor de uitvoering van de toeleiding tot zorg en dat dit ook het model is waarbij de gemeente maximaal de regie kan blijven voeren.

Daarnaast is in kaart gebracht dat er voor de eenmalige kosten van de overgangcliënten dekking moet komen voor het benodigde budget. Verder zijn de uitvoeringskosten voor de indicatiestelling

Advies

Kennis nemen van deze eerste financiële verkenning van de werkgroep financiën. De werkgroep zal de komende maanden specifiekere berekeningen maken;

²¹ Bedrag is gebaseerd op het versneld herindiceren (deels administratief deels na nieuw onderzoek) van ongeveer 70% van de bekende cliëntengroep. De verwachting is dat 30% van de cliëntengroep hoe dan ook een nieuwe aanvraag zal doen vanwege het veranderen van de situatie of het verlopen van het liggende indicatiebesluit AWBZ (bron: trendrapportage ClZ).

Bijlagen

Bijlage 1: lijst met gebruikte afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede Zorgregistratie
BZA	Besluit ZorgAanspraken
CAK-BZ	Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CTG/ZA oprichting	College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit in oprichting
GGD	Gemeentelijke geneeskundige dienst
HH	Hulp bij het Huishouden
ICF and Health	International Classification of Functioning, Disability and Health
KvK	Kamer van Koophandel
Min. van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
PGB	Persoonsgebonden budget
PV	Persoonlijke verzorging
SIP's	Standaard Indicatie Protocollen
SVB	Sociale verzekeringsbank
VDG	Vereniging Drentse gemeenten
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WAO	Wet arbeidsongeschikten (nu WIA)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WW	Werkloosheidswet
Wwb	Wet werk en bijstand
Wsw	Wet sociale werkvoorziening

Bijlage 2: Indicatiemodellen voor individuele verstrekkingen

Voor de inrichting van de uitvoering zijn de volgende vijf basismodellen²² te onderscheiden:

1. Zorgkantoormodel;
2. Gemeentemodel;
3. CIZ-model;
4. Zorgleveranciermodel;
5. Uitbestedingsmodel.

Het betreft vijf basismodellen. Hierna is een korte uitwerking van de kenmerken van de vijf modellen gegeven.

1. Zorgkantoormodel

Dit komt overeen met het model 'Zorgkantoorconstructie' uit de handreiking HH. De kenmerken zijn gelijk. De inrichting en uitvoering van de HH wordt opgedragen aan het zorgkantoor. Dit betekent dat het zorgkantoor de inkoop van de HH uitvoert, de contracten sluit, de inrichting en de uitvoering organiseert voor zowel het aanvraagproces als de levering van de zorg. De regierol wordt tevens door het zorgkantoor vervuld. De gemeente stelt het beleid vast (inclusief de organisatie van cliëntenparticipatie) en stelt de budgetten voor de uitvoering en levering van de zorg ter beschikking van het zorgkantoor. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de inkoop, de uitvoering en de bewaking van de kwaliteit van het aanvraagproces en de levering van de zorg. De gemeente draagt de eindverantwoordelijkheid.

2. Gemeentemodel

Bij dit model koopt de gemeente de zorg in en organiseert de inrichting en de uitvoering van de HH. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een hoogwaardige gekwalificeerde intake (aanmelding en indicatiestelling). De besluiten worden door de gemeente afgegeven en bezwaar en beroep wordt ook door de gemeente georganiseerd. Uiteraard stelt de gemeente het beleid vast en organiseert de cliëntenparticipatie. De gemeente is geheel verantwoordelijk voor zowel de uitvoering als de levering van de zorg.

Een variant op het gemeentemodel is dat gemeente(n) een aparte organisatie oprichten voor de uitvoering van de collectieve en individuele verstrekkingen. Deze organisatie kan voor meerdere gemeenten werken. Een andere mogelijkheid is dat een aantal gemeenten gezamenlijk de uitvoering organiseren en neerleggen bij één gemeente.

De juridische structuur kan op verschillende manieren worden georganiseerd. Voorbeelden zijn een gemeenschappelijke regeling (publiekrechtelijk) en een stichting (privaatrechtelijk). In de uitwerking van de modellen is niet specifiek op deze variant ingegaan omdat deze een afgeleide is van het model om het zelf uit te voeren. Het enige grote verschil is dat als er door meerdere gemeenten in

²² Modellen zijn onderzocht in de verkenning HH, Holland Rijnland

een aparte organisatie wordt samengewerkt er schaalvoordelen zijn te behalen (een voorbeeld is de ISD-organisatie).

3. CIZ-model

In dit model besteedt de gemeente de aanmelding, de indicatiestelling en eventueel de besluitvorming uit aan het CIZ. Als het CIZ ook de besluitvoering verricht, geeft zij ook de opdracht tot levering van de zorg. De gemeente koopt de zorg in en sluit de contracten met de leveranciers (inclusief het CIZ). Daarnaast is de gemeente verantwoordelijk voor de inrichting van bezwaar en beroep. De regierol wordt door de gemeente ingevuld. De gemeente zorgt voor de controle en uitbetaling en de kwaliteit van de uitvoering en de levering van de zorg.

4. Zorgleveranciermodel

Dit model komt erg overeen met het 'Wijkmodel' uit de handreiking HH. Bij dit model wordt zowel het aanvraagproces als de levering van de zorg uitbesteed aan één of meerdere zorgleveranciers. Dit betekent dat de gemeente de inkoop van de HH uitvoert en de contracten sluit. Hierbij dient te worden opgemerkt dat zowel de inkoop van de huishoudelijke zorg als het aanvraagproces Europees moeten worden aanbesteed.²³ De inrichting en de uitvoering van zowel het aanvraagproces als de levering van de zorg worden door de zorgleverancier(s) uitgevoerd. Bezwaar en beroep kan door de gemeente worden uitgevoerd. De regierol ligt ook bij de gemeente.

De gemeente stelt het beleid vast (inclusief organisatie cliëntenparticipatie) en rekent voor zowel de uitvoering van het aanvraagproces als de levering van de zorg de zorgleveranciers af op basis van een factuur.

5. Uitbestedingsmodel

Bij dit model besluit de gemeente onderdelen van de HH uit te besteden aan een gespecialiseerd bureau. De minimale variant betreft de uitbesteding van de gehele indicatiestelling (bij alleen uitbesteden van de indicatiestelling voor complexe aanvragen is sprake van het 'Gemeentemodel'). Dit kan worden aangevuld met overige processtappen tot het gehele aanvraagproces. Daarnaast kan dit worden uitgebreid met het verzorgen van de inkoop en ondersteunen bij het ontwikkelen van het beleid. Bij dit model worden zowel (delen) het aanvraagproces als de levering van de zorg uitbesteed. Dit betekent dat zowel de inkoop van de huishoudelijke zorg als het uitbesteden van (delen) van het aanvraagproces Europees moeten worden aanbesteed²⁴. Bezwaar en beroep wordt door de gemeente uitgevoerd. De regierol ligt ook bij de gemeente. Ook in dit model wordt het beleid door de gemeente vastgesteld en de uitvoering van het aanvraagproces en de levering van de zorg wordt afgerekend op basis van facturen.

²³ als de omvang van het contract de drempelwaarde voor Europese aanbestedingen overschrijdt

²⁴ als de omvang van het contract de drempelwaarde voor Europese aanbestedingen overschrijdt

		Beleid	Inkoop HH	Sluiten contracten	Kwaliteit	Inrichting aanvraag-proces	Aanmelding en indicatie	Besluiten	Bezwaar en beroep
1.	Zorgkantoormodel	Gem	Zk	Zk	Zk	Zk	CIZ	CIZ	Gem/Zk
2.	Gemeentemodel	Gem	Gem	Gem	Gem	Gem	Gem	Gem	Gem
3.	CIZ-model	Gem	Gem	Gem	Gem	Gem	CIZ	CIZ	Gem/CIZ
4.	Zorgleveranciermodel	Gem	Gem	Gem	Gem	ZL	ZL	ZL	Gem/ZL
5.	Uitbestedingsmodel	Gem	Gem/GB*	Gem	Gem	Gem/GB*	Gem/GB*	Gem	Gem

*: GB: Gespecialiseerd bureau

In onderstaande tabel is schematisch de samenhang tussen de modellen uit de handreiking HH en de uitvoeringsmodellen weergegeven.

		Zorgkantoor-constructie	Wvg-model	PGB-model	Wijkmodel
1.	Zorgkantoormodel	X	X	X	
2.	Gemeentemodel		X	X	
3.	CIZ-model		X	X	
4.	Zorgleveranciermodel		X	X	X
5.	Uitbestedingsmodel		X	X	X

Toelichting tabel

Verticaal zijn de modellen uit de handreiking HH opgenomen. Horizontaal de modellen uit de verkenning HH, Holland Rijnland. Een kruisje in de tabel betekent dat er een combinatie van de modellen mogelijk is.

Uitvoeringskosten modellen

In de verkenning HH, Holland Rijnland, is onderzocht hoe de uitvoeringskosten van de verschillende modellen eruit zien. Uit het onderzoek komt naar voren dat model 2 en 3, respectievelijk het gemeentemodel en CIZ model eruit komen met de laagste kosten. Kostenplaatje is bekeken op de volgende items: beleid, inkoop HH, sluiten contracten, aanmelding en indicatie, besluiten en bezwaar en beroep.

A. Instrumenten

Instrumenten binnen de toegangsbewaking van de Wmo:

- § Gestandaardiseerde en geprotocolleerde indicatiestelling, ontwikkeld door de gemeente zelf.
- § Standaard indicatieprotocollen (SIP's) voor de afhandeling van eenvoudige aanvragen²⁵. Aan de hand van duidelijke kernvragen wordt de zorgvraag onderzocht. En op basis van de antwoorden wordt snel duidelijk of een cliënt wel of geen aanspraak heeft op de aangevraagde zorg. Product is eigendom van het CIZ.
- § De beslisboom die door het CIZ ontwikkeld is. Met behulp van een beslisboom wordt het afwegingskader gestandaardiseerd en kan worden uitgevoerd door een loketmedewerker. Product is eigendom van het CIZ.

B. Inkoop en aanbesteding indicatiestelling

Over het algemeen zal een gemeente de levering van de HH uitbesteden. Uitbesteden betekent in dit geval ook aanbesteden conform de Europese wet- en regelgeving.

²⁵ 60% van de aanvragen.