

Evaluatie t.b.v. Inkoop Wmo 2026

Datum: 7 mei 2024
Auteur(s): Aanbestedingsteam Wmo maatwerk
Versienummer: 3.0
Status: Definitief

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Doel en leeswijzer	4
1.3 Begrippenlijst	5
2. Opzet evaluatie.....	6
3. Uitkomsten evaluatie	6
3.1 Cijferanalyse	6
3.3 Cliëntervaringsonderzoeken	10
4. Het arrangementenmodel	11
4.1 Doelstellingen arrangementenmodel	11
4.2 Bevindingen	12
4.3 Hoofd- en onderaannemerschap	13
4.4 Juridische status	14
5 Resultaatgebieden.....	14
5.1 Resultaatgebied 1 Sociaal en persoonlijk functioneren	14
5.2 Resultaatgebied 2 Ondersteuning en regie bij het voeren van een huishouden	15
5.3 Resultaatgebied 3 Ondersteuning bij financiën	16
5.4 Resultaatgebied 4 Zinvolle dagbesteding	16
5.5 Resultaatgebied 4A Vervoer naar dagbesteding	18
5.6 Resultaatgebied 7 en 7A Ontlasting mantelzorger kortdurend en doorlopend	18
5.7 Resultaatgebied 8 Oppluismogelijkheid	19
6. Financiën	19
7. Lokale werkprocessen en implementatie	21
8. Gecontracteerde partijen	22
8.1 Kwaliteit.....	23
8.2 Toegang tot en sturing op contracten	23
8.3 Zorgaanbod.....	23
9. Uitgangspunten vorige aanbesteding: hoe staan we hier nu in?	24
10. Conclusies	26
11. Aanbevelingen	27
12. Vervolgproces.....	28
Bijlagen	29
Bijlage 1: Cliënttevredenheidsonderzoeken Wmo	29
Zaanstad	29
Oostzaan	30
Wormerland.....	30
Waterland	31

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor ondersteuning en begeleiding van hun inwoners middels de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Bij stelselwijziging binnen het sociaal domein werden gemeenten verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Participatiewet, de Jeugdwet en de Wmo. Doelstelling van de Wmo is om inwoners zo goed mogelijk in staat te stellen deel te nemen aan de samenleving.

De Wmo is erop gericht dat mensen in staat zijn naar eigen vermogen deel te nemen aan de samenleving en is zodoende van groot belang voor mensen die zijn aangewezen op ondersteuning en zorg. Centraal in de uitvoering van de Wmo staat het aansluiten bij de individuele context van mensen; hun wensen, behoeften en mogelijkheden. Onderdeel van inzet uit de Wmo, is óók het benutten en versterken van de sociale basis. Passende ondersteuning begint immers bij mensen zelf, hun netwerk en (bestaande) voorzieningen en faciliteiten in de wijk.

Waar de mogelijkheden van de inwoner, zijn netwerk en de wijk ontoereikend zijn, biedt de gemeente (maatwerk)ondersteuning. Deze ondersteuning bij het thuis wonen en deelnemen aan de samenleving kan bestaan uit bijvoorbeeld de verstrekking van huishoudelijke hulp, vervoer (regiotaxi), begeleiding bij het structureren van de dag, zoals ook dagbesteding en kortdurend verblijf (met name om de mantelzorger te ontlasten). Deze maatwerkvoorzieningen zijn een vangnet voor mensen die het met eigen kracht, hulp van anderen en algemene voorzieningen (eerstelijnsvoorzieningen) niet redden.

In voorbereiding op de stelselwijziging is er in 2014 door 9 gemeenten in de regio Zaanstreek-Waterland voor gekozen gezamenlijk een inkooptraject te doorlopen voor de maatwerkvoorzieningen (met uitzondering van beschermd wonen). Daarbij is destijds gekozen voor een arrangementenmodel. Afwijkende opvattingen over het arrangementenmodel leidden ertoe dat gemeenten Beemster, Purmerend en Edam-Volendam in 2017 kozen voor het afsluiten van eigen contracten. De andere 5 gemeenten hebben toen hun contracten tweemaal verlengd en zijn in 2019 een nieuwe inkoopronde ingegaan. De ambulante Begeleiding (individueel en groep), huishoudelijke hulp en respijtzorg/kortdurend verblijf zijn samen ingekocht met de gemeenten Zaanstad, Wormerland, Oostzaan, Landsmeer en Waterland (ZWOLW-gemeenten). De overeenkomsten lopen af per januari 2026. Vooruitlopend op de nieuwe aanbesteding kijken we terug op de ervaringen van de afgelopen contractperiode.

De evaluatie is uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de projectleider inkoop Wmo 2026. Primair betrokken zijn de beleidsadviseurs van de 5 betrokken gemeenten en de regionale contractmanagers. Deze functionarissen vormen de (ambtelijke) inkoopgroep Wmo. Deze inkoopgroep is in april 2024 uitgebreid met medewerkers van de gemeenten Edam-Volendam en Purmerend. Toen is besloten om de inkoop Wmo maatwerk vanaf 2026 weer met de gemeenten in de regio Zaanstreek-Waterland samen te doen. Omdat Edam-Volendam en Purmerend later zijn aangesloten bij de inkoop, zijn zij niet betrokken geweest bij deze evaluatie

1.2 Doel en leeswijzer

Dit document beoogt zicht te geven op hoe de verschillende partijen het huidige arrangementenmodel en de huidige (zowel lokale als regionale) werkwijze (werkafspraken, processen en applicaties) waarderen. Deze informatie is input voor de inkoop Wmo maatwerk 2026.

In hoofdstuk 2 wordt de opzet van de evaluatie beschreven. In hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van de evaluatie geschetst. In hoofdstuk 4 wordt een beschrijving gedaan van het arrangementenmodel waarna in hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de financiën. In hoofdstuk 6 en 7 komen de lokale werkprocessen en implementatie en de gecontracteerde partijen aan bod. In hoofdstuk 8 wordt teruggeblikt op de uitgangspunten uit de vorige aanbesteding. In hoofdstuk 9 worden de conclusies beschreven gevolgd door de aanbevelingen in hoofdstuk 10. In hoofdstuk 11 wordt een korte schets

gegeven van het vervolgproces. De bijlagen bestaan uit een overzicht van de cliënttevredenheidsonderzoeken van de ZWOLW-gemeenten.

In de evaluatie is nadrukkelijk gekeken op welke onderdelen dingen beter kunnen. Deze kritische opmerkingen doen niets af aan de enorme inspanning die binnen de ZWOLW-gemeenten zijn geleverd om de Wmo 2015 vorm te geven en uit te voeren, zowel door gemeentelijke ambtenaren als door zorgaanbieders.

1.3 Begrippenlijst

In onderstaande begrippenlijst worden enkele begrippen en afkortingen toegelicht die in dit document voorkomen. Dit gebeurt ook in de tekst, maar door een begrippenlijst staat het in één overzicht.

Begrip/afkorting	Omschrijving
Arrangementen en resultaatgericht beschikken	Sinds 2015 worden door de ZWOLW-gemeenten arrangementen ingekocht met het doel om inwoners langer mee te laten doen in de maatschappij en langer thuis te laten wonen en waar nodig passende ondersteuning te bieden. Dit wordt gedaan door op resultaat te beschikken. Bij resultaatgericht beschikken staat het beoogde resultaat dat bij een inwoners bereikt dient te worden voorop, in plaats van het aantal uren ondersteuning (beschikken op uren).
CEO	Cliëntervaringsonderzoek. Bedoeld wordt het cliëntervaringsonderzoek dat gemeenten in het kader van de Wmo jaarlijks laten uitvoeren.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg: mensen met psychische, psychiatrische of psychosociale beperkingen, inclusief autismespectrum stoornissen.
GZ	Gehandicaptenzorg: mensen met lichamelijke, verstandelijke- of zintuigelijke (soms meervoudige) beperkingen, waaronder ook niet aangeboren hersenletsel.
Hoofd- en onderaannemerschap	Een zorgaanbieder kan in dit model een andere zorgaanbieder inhuren om bepaalde zorg te verlenen. Dit model stuurt op het voeren van de regie op de gehele ondersteuning in het geval er meerdere zorgaanbieders betrokken zijn in het gezin.
Lokale teams	Het team of de teams die binnen de gemeenten de toegang tot de 2 ^{de} lijns zorg vormgeven. Gemeenten hanteren hier verschillende termen voor: sociaal wijkteam, Wmo-team, loket, etc. Voor de leesbaarheid is gekozen voor één term: lokaal team.
Respijtzorg	Vervangende mantelzorg die wordt geboden om mantelzorgers te ontlasten.
Resultaatgebieden (RG)	De indeling van het zorgaanbod bij de huidige contracten wordt hiermee aangeduid.
VVT	Verpleging en Verzorging Thuis: voornamelijk ouderen met een lichamelijk- of cognitieve achteruitgang en chronische ziekten.
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
Wmo maatwerk	Waar de mogelijkheden van de inwoner, zijn netwerk en de wijk ontoereikend zijn, biedt de gemeente (maatwerk)ondersteuning. Deze ondersteuning bij het thuis wonen en deelnemen aan de samenleving kan bestaan uit bijvoorbeeld de verstrekking van

	huishoudelijke hulp, vervoer (regiotaxi), begeleiding bij het structureren van de dag, zoals ook dagbesteding en kortdurend verblijf (met name om de mantelzorger te ontlasten).
ZWOLW	Zaanstad, Waterland, Oostzaan, Landsmeer, Waterland

2. Opzet evaluatie

Richtend op de inkoop Wmo 2026 heeft deze evaluatie drie hoofdvragen:

1. In welke mate het huidige arrangementenmodel de doelstellingen van de Wmo en de gemeentelijke doelstellingen ondersteunt;
2. Waar verbeteringen en aanpassingen wenselijk zijn;
3. Hoe de financiële lasten zich verhouden tot de bereikte effecten.

Er is zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek gedaan.

Het kwantitatieve gedeelte bestaat uit de data-analyse voor de kosten en arrangementen. Ook is er een financiële analyse gemaakt. Deze analyses zijn uitgevoerd op basis van de beschikbare gegevens. Niet voor elke gemeente was het mogelijk om de gevraagde data te leveren omdat iedere gemeente op een ander detailniveau rapporteert en monitort.

Voor het kwalitatieve gedeelte heeft er een consultatie van cliënten plaatsgevonden. Cliënten zijn geconsulteerd middels cliëntervaringsonderzoeken en er hebben gesprekken met cliënten- en adviesraden plaatsgevonden. Iedere gemeente heeft contact gehad met zijn cliëntenraden en heeft de conceptversie van deze evaluatie aan hen voorgelegd. De benaming van deze raden is per gemeente verschillend. In Zaanstad is een Adviescommissie Sociaal Domein. In de overige gemeenten wordt gebruik gemaakt van een Adviesraad Sociaal Domein.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van de consultatie van zorgaanbieders, tijdens reguliere contacten tussen regionale contractmanagers en zorgaanbieders. Naast de consultatie van de zorgaanbieders heeft er een consultatie van toezichthouders, gemeentelijke lokale teams en backoffice plaatsgevonden. Dit is uitgevoerd middels het uitzetten van vragenlijsten aan lokale teams en backoffice, en er is een onderzoeksrapport over de dagbesteding van toezicht.

3. Uitkomsten evaluatie

3.1 Cijferanalyse

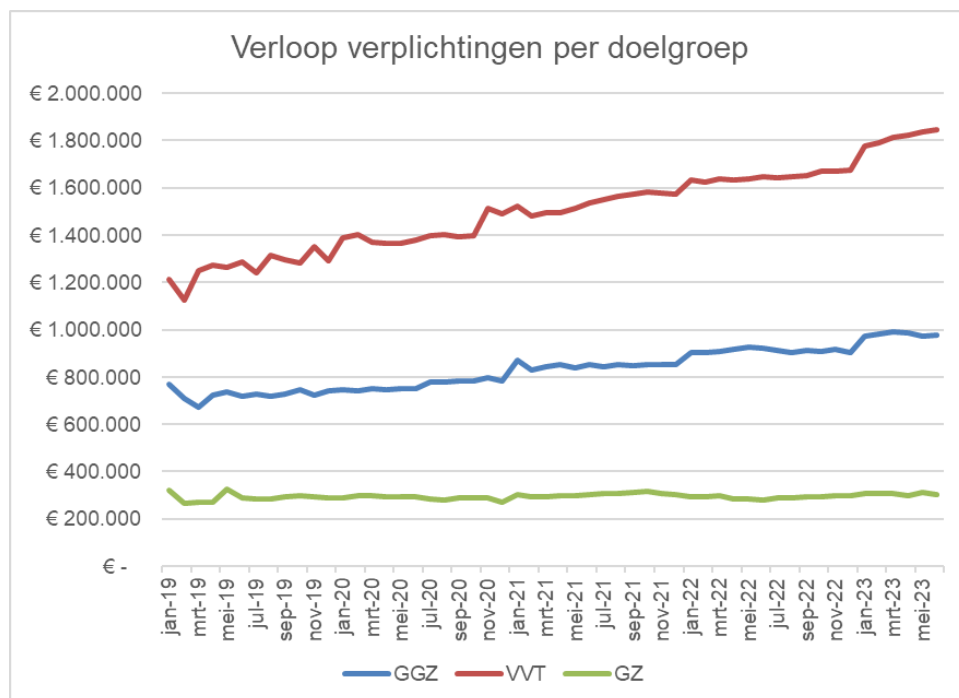
Zorggebruik

In het zorgaanbod maken we onderscheid tussen verschillende resultaatgebieden:

- RG-1 Sociaal en persoonlijk functioneren;
- RG-2 Ondersteuning en regie bij het voeren van een huishouden;
- RG-3 Ondersteuning bij administratie en financiën;
- RG-4 Zinnvolle dagbesteding;
- RG-4A Vervoer naar dagbesteding;
- RG-7 Ontlasting mantelzorger kortdurend;
- RG-7A Ontlasting mantelzorger doorlopend;
- RG-8 Oppluismogelijkheid.

Per resultaatgebied hebben we drie segmenten ingekocht: geestelijke gezondheidszorg, gehandicapten zorg en verpleging en verzorging thuis.

Het verloop van de verplichting per segment is in de volgende grafiek weergegeven. Opgemerkt moet worden dat niet alle gemeenten deze gegevens op dezelfde wijze kunnen aanleveren omdat gemeenten niet eenduidig registreren.

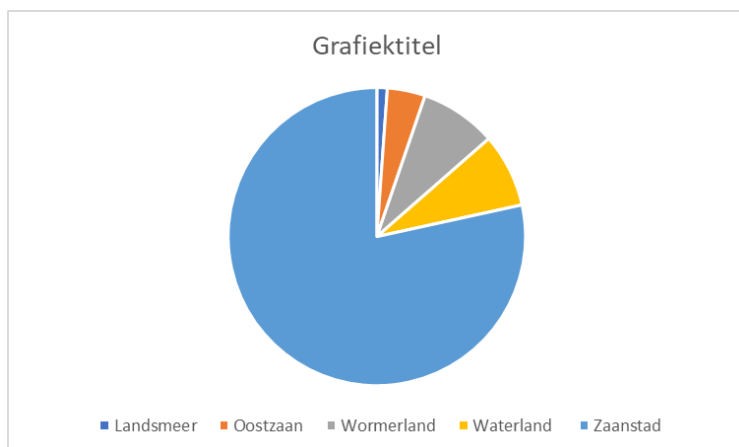


De grafiek laat zien dat de VVT de grootste kostenpost is, en ook de grootste stijging laat zien. Het percentage van de totale verplichtingen van de VVT is eind juni 2023 52% gestegen ten opzichte van januari 2019. De GZ blijft vrij stabiel en de stijging in de GGZ is ongeveer 27% ten opzichte van januari 2019.

2022

	RG1	RG2	RG3	RG4	RG4A	RG7	RG8	Totaal
GGZ	1082	334	8	405	135	0	13	1977
GZ	275	121	5	94	49	1	3	548
VVT	109	4124		267	195	1	44	4740
Totaal	1466	4579	13	766	379	2	60	7265
% van het totaal	20,2	63,0	0,2	10,5	5,2	0,0	0,8	100
<i>Aantal unieke cliënten</i>								5897
<i>Gemiddeld aantal indicaties per client:</i>								1,231982

Hieronder volgt een analyse van de Wmo-aanbieders in de ZWOLW-regio. In 2022 heeft het contract een totale opdrachtwaarde van 29,5 miljoen euro. Dit bedrag wordt is een optelsom van de totale kosten bij alle gemeente. Zaanstad heeft de grootste kosten binnen dit contract. Het aandeel van Zaanstad bedraagt 78%. De kosten per gemeente staan hieronder weergegeven.



Landsmeer	€	334.635,71	1%
Oostzaan	€	1.219.439,53	4%
Wormerland	€	2.453.213,85	8%
Waterland	€	2.358.740,21	8%
Zaanstad	€	23.132.188,35	78%

	2019	2020	2021	2022
GGZ	€ 9,572,820.80	€ 9,668,077.28	€ 10,322,367.77	€ 9,116,713.15
GZ	€ 3,702,553.55	€ 3,545,715.16	€ 3,641,828.74	€ 2,981,725.25
VVT	€ 15,732,372.11	€ 17,657,686.36	€ 18,512,109.78	€ 17,871,789.35
Totaal	€ 29,009,765.46	€ 30,873,498.80	€ 32,478,327.30	€ 29,972,249.75

Het huidige Wmo-zorgaanbod binnen dit contract wordt geleverd door 48 verschillende zorgaanbieders. Deze groep bestaat uit grote zorgleveranciers, éénmanszaken en specialisten (bijvoorbeeld gericht op uitsluitend doelgroep LVB). Niet in elke gemeente zijn alle aanbieders actief. Zo zijn er in Landsmeer 28 aanbieders actief en Zaanstad 48. Hierbij geldt wel een aantekening dat er in verschillende gemeenten betaalovereenkomsten lopen met opdrachtnemers die niet in deze opdracht een contract hebben. De data hiervan zijn geen onderdeel van deze analyse.

Gemeente	Aantal zorgaanbieders
Landsmeer	28
Oostzaan	32
Wormerland	36
Waterland	46
Zaanstad	48

Resultaatgebieden

In het zorgaanbod maken we onderscheid tussen 8 verschillende resultaatgebieden. In het onderstaande tabel valt te zien welke kosten aan elk resultaatgebied zijn verbonden.

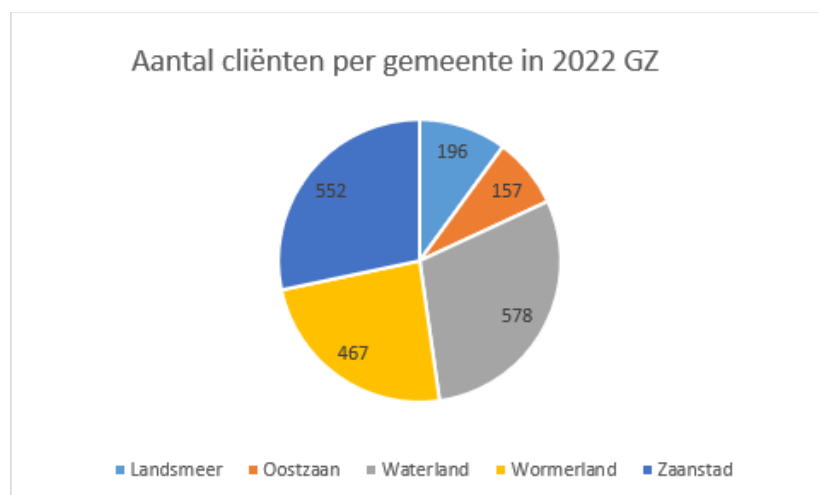
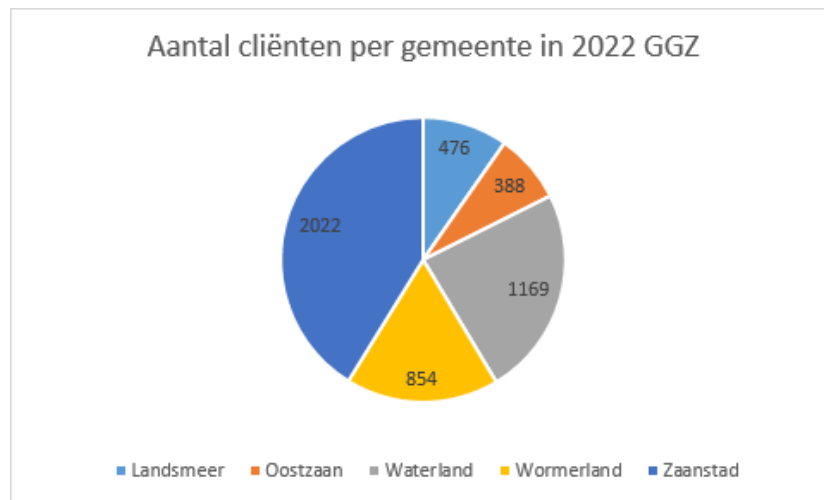
Resultaatgebied	Percentage van geheel	Kosten
RG-1 Sociaal en persoonlijk functioneren	25%	€ 7,354,532.44
RG-2 Ondersteuning en regie bij het voeren van een hu	56%	€ 16,436,913.42
RG-3 Ondersteuning bij administratie en financiën	0%	€ 43,786.29
RG-4 Zinvolle dagbesteding	17%	€ 5,131,107.27
RG--4A Vervoer bij dagbesteding	1%	€ 430,322.58
RG7 Ontlasting mantelzorger kortdurend	0%	€ 8,933.30
RG-7A Ontlasting mantelzorger doorlopend	0%	€ 10,009.92
RG-8 Oppluismogelijkheid	0%	€ 69,733.24
Totaal	100%	€ 29,485,338.44

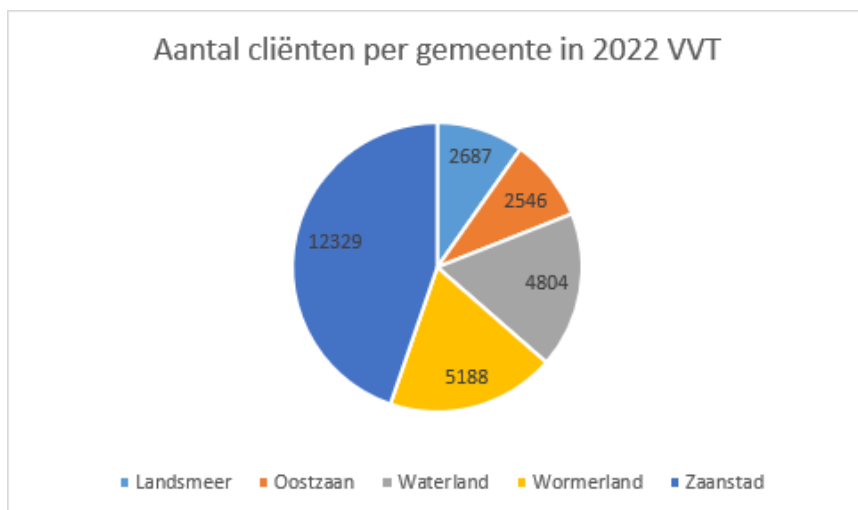
Ondersteuning en regie bij het voeren van een huishouden (RG-2) is verantwoordelijk voor 56% van de totale uitgaven binnen de opdracht. Het resultaatgebied sociaal en persoonlijk functioneren draait op voor 25% van de kosten.

Niet elk segment wordt door elke gemeente gebruikt. Zo wordt segment 3 enkel door Zaanstad en Wormerland gebruikt. Segment 7 wordt enkel door Wormerland gebruikt en Segment 7a wordt enkel door Zaanstad gebruikt. Segment 3, 7 en 7a zijn ook de segmenten met aanzienlijk lagere kosten dan de overige segmenten. In de onderstaande tabel worden de kosten per gemeente per segment in kaart gebracht.

Cliënten per doelgroep

In het contract wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende doelgroepen GGZ, GZ en VVT. Er in de onderstaande tabel is een overzicht te zien van het aantal cliënten per doelgroep in 2022. De VVT doelgroep is verreweg de grootste gebruiker van de verschillende resultaatgebieden. In het cirkeldiagram is inzichtelijk gemaakt hoe de cliënt verdeling per gemeente uitvalt.





Uit het voor Zaanstad uitgevoerde cijfermatige onderzoek over de jaren 2022 en 2023 blijkt dat:

- Het aantal cliënten met ondersteuning vanuit de Wmo arrangementen 5.897 is.
- Resultaatgebied schoon en leefbaar huis het meest gebruikt wordt. Het gaat om 63% van de afgegeven arrangementen in 2023. De huishoudelijke ondersteuning wordt het vaakst (85%) ingezet voor ouderen (vanaf 65 jaar).
- Er is sinds het begin van de contractperiode een stijging te zien van het gebruik van Wmo maatwerkarrangementen. Deze stijging is het grootst in het resultaat schoon en leefbaar huis.
- Binnen resultaatgebied schoon en leefbaar huis werd het meest gebruik gemaakt van de eerste twee profielen. Voornamelijk in de sector Verpleging en verzorging/ouderen).
- Van de jongeren tot 27 jaar heeft 76% een arrangement gericht op het sociaal en persoonlijk functioneren. Daarnaast maakt 27% gebruik van dagbesteding. De ondersteuning zit voor 87% in het segment GGZ.
- Van de cliënten heeft 13% meerdere indicaties voor Wmo arrangementen. Van deze 625 cliënten heeft 35% een combinatie van huishoudelijke ondersteuning en sociaal en persoonlijk functioneren. 19% heeft een combinatie van dagbesteding (al dan niet inclusief vervoer) en individuele begeleiding bij sociaal en persoonlijk functioneren.

3.3 Cliëntervaringsonderzoeken

Jaarlijks worden er in de ZWOLW-gemeenten cliëntervaringsonderzoeken (CEO) uitgevoerd. Hierin wordt zichtbaar hoe cliënten de geleverde zorg ervaren en wat volgens hen het effect van de geboden zorg op hun leven is.

In de CEO zijn cliënten o.a. gevraagd te reageren op een aantal stellingen:

1. Door de ondersteuning die ik krijg, kan ik beter de dingen doen die ik wil
2. Door de ondersteuning die ik krijg, kan ik mij beter redden
3. Door de ondersteuning die ik krijg, heb ik een betere kwaliteit van leven
4. Ik ben tevreden met het besluit
5. Ik ben tevreden over de ondersteuning die ik krijg

Waar in het verleden in de ZWOLW-gemeenten er voor de CEO verplicht werd 10 standaard vragen op te nemen is het nu aan elke gemeente zelf de keuze. De vragen kunnen per gemeente iets verschillen gezien de invulling van de CEO nu vrij is in te richten met zelfgekozen vragen.

Uit de cliëntervaringsonderzoeken (zie bijlagen) blijkt dat de tevredenheid van inwoners stabiel is gebleven. Cliënten geven over het algemeen aan dat door de ondersteuning die zij krijgen, zij beter de dingen kunnen doen die zij willen, zij zich beter kunnen redden en dat zij een betere kwaliteit van leven hebben. Ook zijn cliënten over het algemeen tevreden met het besluit en tevreden met de ondersteuning die zij krijgen.

Bij de gemeente komt een beperkt aantal meldingen binnen over de zorgaanbieders, meestal vanuit de lokale teams, het aantal signalen van cliënten is gering. De aantallen klachten die aanbieders rapporteren in de jaarlijkse zelfevaluatie is meestal klein of nul.

4. Het arrangementenmodel

4.1 Doelstellingen arrangementenmodel

Sinds 2015 ondersteunen de ZWOLW-gemeenten inwoners met arrangementen om langer mee te kunnen doen in de maatschappij en langer thuis te blijven wonen. Dit wordt gedaan door te beschikken op het resultaat dat met de ondersteuning beoogd wordt te bereiken. De verzameling van resultaatgebieden die een cliënt nodig heeft, heet een arrangement.

Vanaf 2015 kopen de ZWOLW-gemeenten resultaatgerichte maatwerkvoorzieningen in, deze worden resultaatgebieden genoemd. Binnen een resultaatgebied zijn profielen onderscheiden, gericht op de zwaarte en aard van de hulpvraag. Aan de profielen zit een maandbedrag vast waarmee de aanbieder kan werken aan de beoogde resultaten. Het maandbedrag kan verschillen per segment: verpleging en verzorging thuis, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

De lokale teams omschreven welke doelen en resultaten behaald moeten worden bij de cliënt. De zorgaanbieder vertaalt deze naar een zorgplan met activiteiten. Door periodiek te evalueren wordt gemonitord of deze doelen en resultaten ook worden behaald of dat moet worden bijgestuurd. De aanbieder heeft flexibiliteit binnen het arrangement om te doen wat nodig is om het resultaat te halen.

Onderdeel van het arrangementenmodel is de resultaatgerichte financiering. Hierbij krijgt een aanbieder per cliënt een vergoeding om bepaalde resultaten te behalen. Dit wordt ook wel een arrangement genoemd en betreft een vast maandbedrag per cliënt. De aanbieder levert aan de cliënt de zorg en ondersteuning die nodig is om de vooraf bepaalde resultaten te behalen. De gemeente en aanbieder communiceren niet het gewerkte aantal uren, maar het afgesproken arrangement: een vast maandtarief per cliënt.

Resultaatgerichte financiering maakt het eenvoudiger om ondersteuning voor een cliënt integraal in te zetten. De theorie hierachter is dat de zorgaanbieder mag bepalen welke inzet nodig is voor het behalen van het resultaat. Dit biedt ruimte voor de professional om “te doen wat nodig is” en vraagt daarmee ook om vertrouwen tussen gemeente, aanbieders en inwoner/cliënt. Doordat de maandelijkse vergoeding vooraf wordt bepaald, geeft dit de aanbieder zekerheid over de inkomsten en de gemeente zekerheid over de kosten.

Beoogde doelstellingen van het arrangementenmodel bij de inkoop 2019 waren:

- Het sturen op doelen leidt tot een efficiënte inzet van (financiële en personele) middelen en het beheersbaar houden van de kosten.
- Keuzevrijheid van ondersteuning voor inwoners is geborgd;
- Het beoogde resultaat dat bij een inwoners bereikt dient te worden staat voorop. Het voorkomt een focus van aanbieders op het sturen op inzetten van producten en uren;
- Het model stuurt op het voeren van de regie door een verantwoordelijke (hoofd)aanbieder op de gehele ondersteuning in het geval er meerdere zorgaanbieders betrokken zijn in het gezin.
- Zorgaanbieders kunnen de regie te nemen en samen met de cliënt de optimale mix van ondersteuning vast te stellen die noodzakelijk is om gestelde doelen te halen;
- Het resultaatgericht werken maakt het ook mogelijk te wisselen van type ondersteuning en de werkwijze biedt enige flexibiliteit om te variëren in intensiteit van de ondersteuning.
- Het model biedt ruimte om de ondersteuning te innoveren doordat er binnen het resultaat flexibiliteit mogelijk is voor het leveren en ontwikkelen van passende ondersteuning.
- De flexibiliteit in het model verlaagt de administratieve lasten voor aanbieders bij cliënten waar schommelingen zijn in de noodzakelijke ondersteuning.

- Er wordt toegewerkt naar aansluiting tussen de ketens van jeugd- en volwassenenzorg en er is aansluiting tussen onderwijs, dagbesteding en (begeleid)werken.
- Er zijn afspraken gemaakt met zorgaanbieders over de invulling van social return (SROI). De invulling van deze verplichting verschilt per aanbieder. Zorgaanbieders ontvangen advies vanuit social return desk over de invulling van de SROI-verplichting en de jaarlijkse voortgang.

De vraag is in hoeverre deze doelstellingen zijn gehaald, wat relevante ontwikkelingen zijn en welke aanbevelingen hieruit voortvloeien voor het nieuwe inkooptraject.

4.2 Bevindingen

In de evaluatie van de overeenkomsten is in 2019 geconcludeerd dat de resultaatsturing nog niet overal en altijd plaatsvond. Doordat er op cliëntniveau niet altijd geëvalueerd werd of geformuleerde doelen behaald zijn, was ook geen informatie op een hoger aggregatieniveau beschikbaar. De wens bij aanbieders en lokale teams was om de resultaatsturing door te ontwikkelen.

Terugblikkend op de afgelopen aanbestedingsperiode hebben we de volgende bevindingen:

- De kwaliteit en concreetheid van de omschreven doelen in de ondersteuningsplannen wisselen sterk. De resultaten die lokale teams meegeven zijn vaak niet SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden). Vage of algemene doelen/resultaten leiden tot onduidelijkheid bij zowel inwoner als zorgaanbieder over de ondersteuning die nodig is.
- De door de lokale teams gestelde doelen en resultaten moeten door de aanbieder worden vertaald naar een zorgplan. De overdracht van gestelde doelen door de lokale teams naar de aanbieders wordt niet in alle gemeenten ondersteund door een goed werkend en efficiënt systeem. Hierdoor komen de doelen en resultaten vaak niet of slechts beperkt terecht bij de aanbieders. De zorgaanbieder bepaalt dan samen met de cliënt wat er nodig is. Het zorgplan van de zorgaanbieder kan dan afwijken van het ondersteuningsplan van het lokale team. Ondanks dat er geregeld geen of nauwelijks resultaten worden meegegeven aan aanbieders, zien we bij de meeste toezichtrapporten wel dat er professioneel wordt gewerkt aan ondersteuning op relevante resultaten. De meeste aanbieders werken vanuit een zorgmissie met opgeleide zorgprofessionals en hebben interne kwaliteitssturing en governance waarmee in de regel het geld goed wordt besteed.
- Vanuit inwonersperspectief geeft resultaatgericht werken met algemene doelen onduidelijkheid over wat de inwoner kan verwachten aan ondersteuning en biedt onvoldoende rechtszekerheid.
- Er is geen afspraak met aanbieders over de verhouding van de vergoeding en de verwachte inzet. De financieringsvorm kan uitnodigen om met minimale inzet het gehele maandbedrag vergoed te krijgen. Daarmee is er geen mogelijkheid om te bepalen of een aanbieder voldoende inzet heeft gepleegd voor het geld. Voor toezichthouders is het moeilijk vast te stellen of de vooraf bepaalde resultaten zijn behaald en/of er misbruik is gemaakt van het gegeven dat de zorgaanbieder ongeacht het gewerkte aantal uren, een vaste vergoeding ontvangt voor de gehele kalendermaand. Bij toezichtrapporten en uit signalen zien we meestal incidentele fouten op cliëntniveau. Het komt voor dat een aanbieder tijdelijk minder inzet levert, maar toch voor de gehele kalendermaand wordt gedeclareerd. Bijvoorbeeld in vakantieperiodes en bij ziekte van personeel.
- De lokale teams zijn niet altijd in staat om de vertaalslag te maken van doelen en resultaten naar de juiste profielen. Dit kan leiden tot discussie over welk profiel passend is.
- De monitoring van de beoogde resultaten door de lokale teams is afgelopen jaren niet van de grond gekomen. Het systeem ondersteunt het evalueren van de te behalen resultaten niet. Aanbieders evalueren in de regel wel de voortgang in de uitvoering van het zorgplan.
- De profielen worden door veel aanbieders alsnog vertaald naar uren. Dit leidt geregeld tot onduidelijkheid tussen indicatiestellers en aanbieders.
- Profielen geven de aanbieder ruimte om maatwerk te bieden en andere werkvormen te ontwikkelen. Een voorbeeld van nieuwe vormen van ondersteuning zijn de zorgcirkels. Voor het ontwikkelen van nieuwe ondersteuningsvormen is voldoende volume nodig.
- Door de hoeveelheid aanbieders (48) hebben de lokale teams weinig zicht op het aanbod, de verschillen tussen aanbieders en het functioneren van aanbieders.

4.3 Hoofd- en onderaannemerschap

In het arrangementenmodel is ervoor gekozen om te werken met een constructie van hoofd- en onderaannemerschap. In dit model heeft de hoofdaanbieder de regie op de gehele ondersteuning in het gezin als er meerdere zorgaanbieders betrokken zijn. Het hoofd- en onderaannemerschap dient meerdere doelen:

- Zorgaanbieders in staat stellen om de regie te nemen en samen met de cliënt de optimale mix van ondersteuning vast te stellen die noodzakelijk is om gestelde doelen te halen;
- Innovatie bevorderen;
- Voorkomen focus op producten en uren;
- Stimuleren samenwerking tussen inwoner en onderaannemers om toe te werken naar resultaten;
- Vergroten marktwerking: hoofdaanbieder kan sturen op inzet andere aanbieders en ondersteuning om het doel te halen. Het biedt ook de gelegenheid om sneller te kunnen sturen door hoofdaanbieders als resultaten onvoldoende behaald worden.

Voor de evaluatie spelen de volgende vragen:

- In hoeverre heeft dit bijgedragen aan regievoering en afstemming tussen aanbieders over de ondersteuning?
- Wat is de impact op de keuzevrijheid van inwoners geweest?
- Wat is de administratieve last van dit model?

Enkele cijfers:

- 13% van de cliënten heeft een meervoudige indicatie
- 64% van de hoofdaanbieders maakt gebruik van onderaannemers
- 5% van de cliënten heeft te maken met een hoofd-onderaannemerschap constructie.

Net als in 2019 komt in gesprekken met aanbieders over het hoofd-onderaannemerschap vooral “het gedoe” en de extra administratieve last die aanbieders ervaren naar voren. Er is geen duidelijke regietaak in de opdracht beschreven.

Hoofdaanbieders houden wisselende percentages in van het arrangementsbedrag omdat er geen vast percentage is afgesproken. Dit betekent dat het netto beschikbare zorgbudget voor de inwoners kan verschillen.

De bedoeling was dat de hoofdaannemer regie zou voeren op het hele arrangement. Dit blijkt slechts ten dele te werken. Aanbieders geven aan weinig meerwaarde te zien in het model, vooral als het gaat om een combinatie met resultaat schoon en leefbaar huis. Een deel van de aanbieders stemt af met andere aanbieders als dat nodig is, met name bij individuele begeleiding en dagbesteding. Dit lijkt niet afhankelijk van de constructie van het hoofd- en onderaannemerschap.

Bij lokale teams bestaat soms onduidelijkheid over welke aanbieder de rol van hoofdaannemer toebedeeld moet krijgen als er meerdere aanbieders worden ingezet. Dit speelt vooral als de ondersteuning moet worden uitgebreid en er meerdere aanbieders in beeld komen.

De bedoeling was dat de hoofdaannemer samen met de cliënt de onderaannemer zou kiezen. In 2019 is geconstateerd dat in een aantal gevallen zorgaanbieders weigeren contracten af te sluiten met bepaalde onderaannemers. Dit kan gevolgen hebben voor de keuzevrijheid van inwoners. Soms voelt de cliënt zich dan genooddaakt een andere partij te kiezen, soms worden alsnog twee gescheiden opdrachten gegeven door de lokale teams.

Het werken met een constructie van hoofd- onderaannemerschap kan meerwaarde hebben. In de manier waarop dat in de huidige overeenkomsten is vormgegeven komt deze meerwaarde niet uit de verf.

4.4 Juridische status

Meermaals heeft de Centrale Raad van Beroep (CRvB) geoordeeld dat resultaatgerichte beschikkingen in strijd zijn met de juridische zekerheid van cliënten. Volgens de uitspraken van de CRvB moet bij de toekenning van Wmo-ondersteuning duidelijk zijn welke ondersteuning de cliënt kan verwachten. Dit moet worden uitgedrukt in concrete tijdseenheden. Deze uitspraken vormden aanleiding voor het ontwerpen van het wetsvoorstel resultaatgericht beschikken. Dit voorstel had als doel de juridische zekerheid van cliënten te versterken en daarbij de flexibiliteit in de uitvoering te behouden. Het terugtrekken van het wetsvoorstel heeft niet alleen aanzienlijke gevolgen voor gemeenten die resultaatgericht beschikken en hun aanbieders, maar heeft ook consequenties voor de verschillende uitvoeringsvarianten (inspannings-, resultaat- en taakgericht) die gemeenten binnen het sociaal domein gebruiken.

Gemeenten die in de individuele besluitvorming op grond van de Wmo 2015 (de beschikking) enkel een resultaatbeschrijving opnemen, zullen deze werkwijze (moeten) wijzigen zodat geen strijdigheid bestaat met de jurisprudentie en de algemene rechtsbeginselen. VWS is in 2023 in gesprek geweest met VNG, gemeenten, cliëntorganisaties en zorgaanbieders over de noodzaak tot het vinden van een alternatief passend binnen de huidige wetgeving en geldende jurisprudentie, dat tevens de flexibiliteit biedt die de uitvoering nodig heeft om het ondersteuningsstelsel houdbaar te houden, de handreiking gepast beschikken.

De verwachting is dat de werkwijze de komende jaren opnieuw juridisch getoetst zal gaan worden waaruit zal moeten blijken of deze werkwijze houdbaar is.

Daarnaast heeft de Tweede Kamer in oktober 2023 een motie aangenomen waarin de minister verzocht is om met gemeenten in gesprek te gaan om vanaf 2024 alleen nog maar indicaties af te geven met een tijdsbepaling.

De risico's van het arrangementenmodel zijn te groot om dit in een volgende periode voort te zetten.

5 Resultaatgebieden

In de inkoop 2019 worden de resultaatgerichte maatwerkvoorzieningen resultaatgebieden genoemd. We onderscheiden de volgende resultaatgebieden:

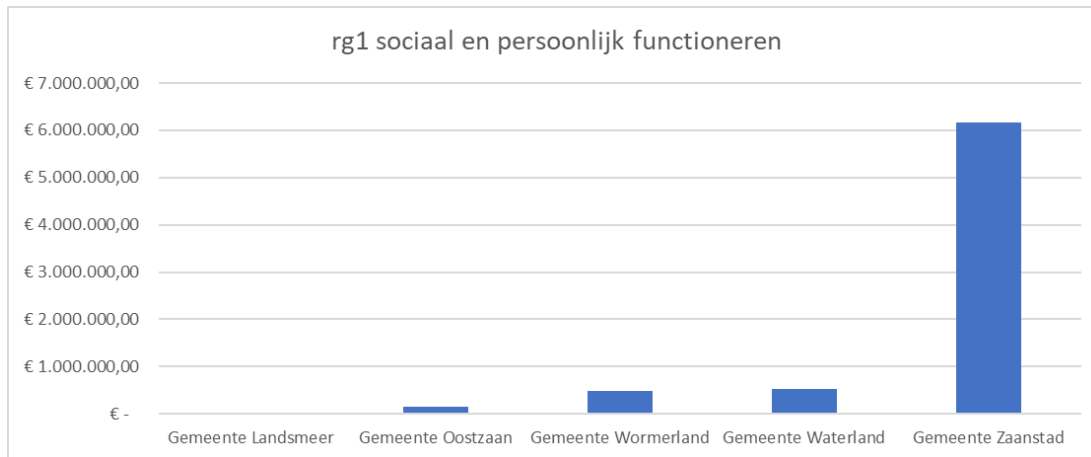
- 1 Sociaal en persoonlijk functioneren
- 2 Ondersteuning en regie bij het voeren van een huishouden
- 3 Ondersteuning bij financiën
- 4 Zinnige dagbesteding
- 4A Vervoer naar dagbesteding
- 7/7A Ontlasting mantelzorger kortdurend en doorlopend
- 8 Oppluismogelijkheid

5.1 Resultaatgebied 1 Sociaal en persoonlijk functioneren

Door inzet van dit resultaatgebied wordt de zelfredzaamheid van de inwoner zoveel mogelijk behouden of vergroot. Ondersteuning kan noodzakelijk zijn op een van de volgende onderdelen:

- Het hebben en onderhouden van een gezond netwerk, het kunnen aangaan van relaties en daarin een passende rol innemen, waarmee (onder meer) eenzaamheid wordt voorkomen of verminderd
- Het hebben van een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen
- Het vermijden van contacten met mensen die schadelijk voor de persoon zijn
- Het niet in aanraking komen met politie en justitie
- Het onder controle hebben van verslaving en het houden aan gemaakte afspraken die daaromtrent zijn gemaakt

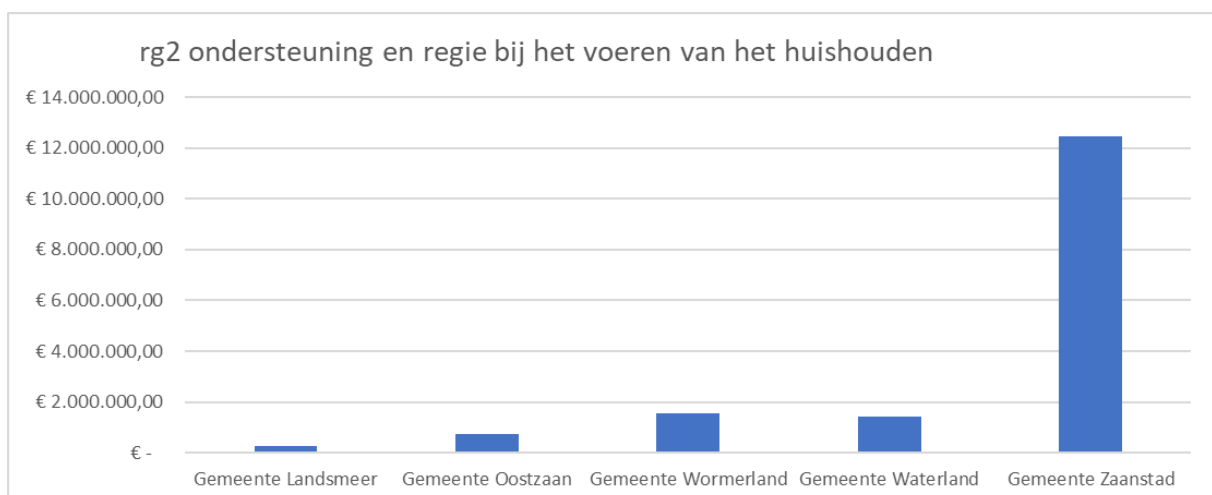
- Het kennen van eigen (psychische) beperkingen, daarmee om kunnen gaan en het vragen van hulp wanneer het niet goed gaat
- Het zichzelf goed kunnen verzorgen (wassen, aankleden, tandenpoetsen, haren kammen, e.d)



Er zijn 1.466 indicaties voor RG1 afgegeven. In 74% gaat het om begeleiding in het segment GGZ en 19% in de GZ. In bijna de helft van de gevallen gaat het om een enkelvoudige indicatie. De ervaring vanuit de uitvoering is dat bij bepaalde doelgroepen met problematiek op het gebied van verslaving, ex-gedetineerden, zorgmijders en mensen met langdurige GGZ-problematiek, het langer duurt voordat er aansluiting is tussen begeleider en inwoner.

Sociaal en persoonlijk functioneren en beschermd wonen, in het bijzonder beschermd thuis, liggen in elkaars verlengde. Het verschil tussen beide diensten zit in de beschikbaarheid van ondersteuning op onverwachte momenten. Waterland en Landsmeer hebben Beschermd Wonen ingekocht via centrumgemeente Purmerend. Voor Waterland en Landsmeer is er minder goede aansluiting tussen beschermd wonen en sociaal en persoonlijk functioneren dan voor de andere gemeenten.

5.2 Resultaatgebied 2 Ondersteuning en regie bij het voeren van een huishouden



De hulp in de huishouding is het resultaatgebied dat het meest wordt ingezet. We zien het meeste gebruik bij ouderen. Dit resultaatgebied kent ook de grootste toename in de afgelopen jaren deels als gevolg van de vergrijzing en deels als gevolg van de aanzuigende werking sinds de invoering van het

abonnementstarief. De profielen die het meest worden ingezet zijn gericht op het pure schoonmaakwerk. Het gaat om inwoners die zelf nog in staat zijn om regie op het huishouden te voeren maar die de zware en of lichte huishoudelijke werkzaamheden niet kunnen uitvoeren. Het profiel dat ondersteuning biedt bij het (weer) aanleren van huishoudelijke taken wordt weinig ingezet. Het is de vraag of dat betekent dat er geen mogelijkheden voor liggen of dat hier te weinig op wordt gestuurd.

Vanuit de lokale teams wordt het resultaat "schoon en leefbaar huis" gesteld. Beleid is dat ook in kaart wordt gebracht welke activiteiten moeten worden uitgevoerd door de zorgaanbieder. Deze taken/frequentielijst wordt vaak niet opgesteld dan wel overdragen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt afspraken met de client over welke werkzaamheden worden uitgevoerd. In buitengebieden kunnen aanbieders wegens personeelstekorten niet altijd binnen afgesproken termijnen zorg leveren. Er wordt gemonitord welke aanbieders nog ruimte hebben in welke gebieden. Ook in de vakantieperiode is het voor aanbieders niet altijd mogelijk om vervangende hulp te bieden. Daarnaast willen inwoners ook niet altijd een vervangende hulp. Desondanks kan het arrangementtarief in rekening worden gebracht bij de gemeenten.

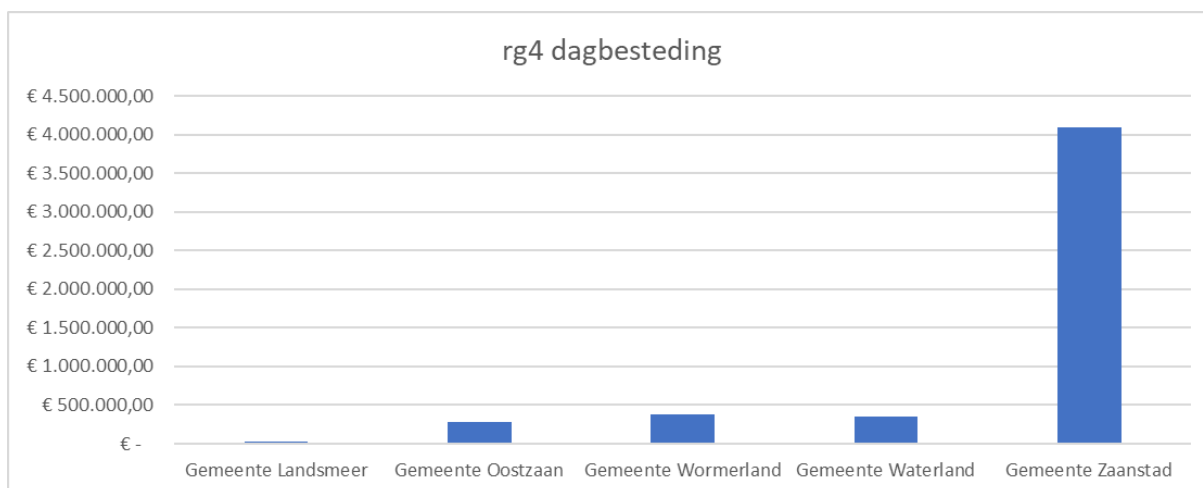
5.3 Resultaatgebied 3 Ondersteuning bij financiën

De inwoners die ondersteuning nodig hebben vanuit dit resultaatgebied hebben over het algemeen een gebrek aan financiën en/of een gebrekkige financiële administratie. Door structuur aan te brengen of inzet van regelmatige ondersteuning is de inwoner in staat om tijdig zijn rekeningen te betalen en heeft hij balans in zijn inkomsten en uitgaven. De inwoner heeft kennis opgedaan over of krijgt begeleiding in het gebruiken van inkomensondersteunende voorzieningen. Zo nodig, vindt toeleiding naar schulddienstverlening plaats.

Het gebruik van RG3 is minimaal. Het gaat om 14 cliënten. Er zijn veel voorliggende voorzieningen voor ondersteuning bij financiën waardoor dit arrangement maar zelden wordt ingezet.

5.4 Resultaatgebied 4 Zinnvolle dagbesteding

Zinnvolle dagbesteding is gericht op het structureren van de dag, praktische ondersteuning en het oefenen en ontwikkelen van vaardigheden die de zelfredzaamheid bevorderen of behouden. Bij de start van de overeenkomsten waren 23 aanbieders ingeschreven voor dit resultaatgebied. Het gaat hier om (groepsgerichte) dagbesteding voorliggend op individuele begeleiding.



Vanuit Zaanstad maken 533 inwoners gebruik van de dagbesteding op 61 locaties. De helft van de locaties ligt binnen de gemeentegrenzen en de helft daarbuiten. De locaties vallen voor een groot deel onder de gecontracteerde zorgaanbieders, maar een deel verloopt via een onderaannemer (21%).

Iets meer dan de helft van de dagbesteding wordt ingezet in het GGZ segment.

In 2023 is er een onderzoek gedaan door de afdeling Naleving van gemeente Zaanstad. Uit het onderzoek zijn de volgende bevindingen naar voren gekomen:

Vanuit toegang:

- De lokale teams houden bij de beoordeling of dagbesteding noodzakelijk is, rekening met de voorzieningen die er in de wijken zijn. Als inwoners starten bij dagbesteding zonder dat er een indicatie is, belemmert dit de toeleiding door het lokale team naar voorliggende voorzieningen omdat de inwoner al weet wat hij/zij wil;
- De rol van professionals naar dagbesteding (behandelaars en casemanagers) wordt als (te) sturend ervaren door de wijkteams;
- Er is ruimte voor het vergroten van de deskundigheid van de lokale toegang en de samenwerking met aangrenzende wet- en regelgeving (o.a. Participatie);
- Er is ruimte voor verbetering m.b.t. uniforme handvatten voor dagbesteding en de vereisten aan rolstoelvervoer;
- Er wordt weinig geëvalueerd met als gevolg dat indicaties door lopen terwijl de zorg gestopt is.

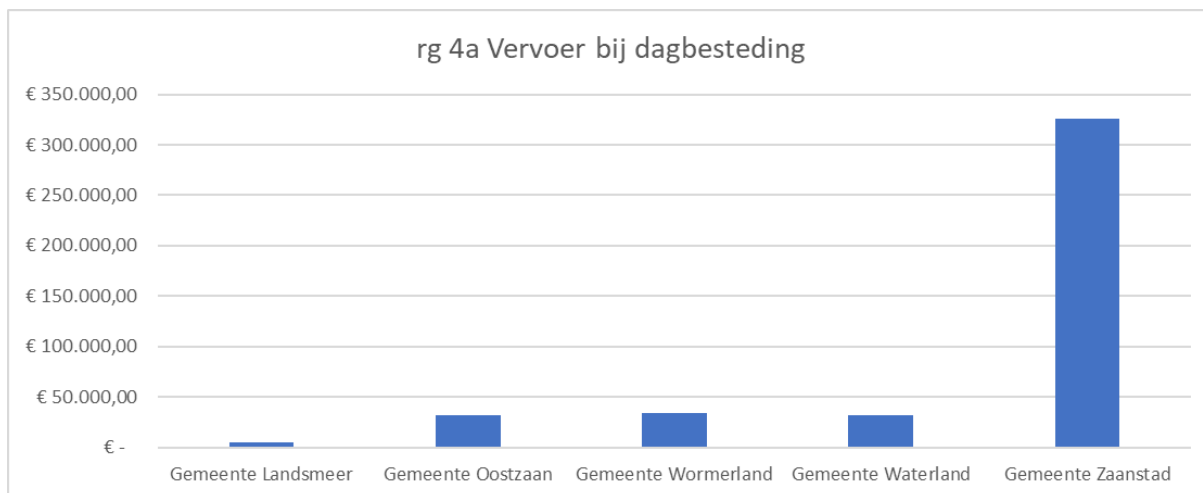
Vanuit ondersteuning:

- Dagbesteding wordt ingezet wanneer inwoners niet zelfstandig in staat zijn, of met behulp van het netwerk, om de dag te structureren en zinvolle activiteiten te ontplooiën en het probleem niet is op te lossen door deelname aan activiteiten in de wijk, bijvoorbeeld doordat er begeleiding nodig is om deel te nemen aan activiteiten in de wijk.
- Er zijn drie vormen van dagbesteding te onderscheiden:
 - Recreatieve/zingevede dagbesteding
 - Dagbesteding op ontwikkeling van vaardigheden
 - Arbeidsmatige dagbesteding
- De recreatieve/zingevede dagbesteding wordt vaak ingezet om de mantelzorger te ontlasten. Een deel van de aanvragen voor Wmo dagbesteding heeft betrekking op een doelgroep met een afstand tot de arbeidsmarkt. De lokale teams hebben onvoldoende zicht op beschikbare voorliggende trajecten vanuit andere wetgeving en regelingen zoals de Participatiewet en het UWV en mogelijkheden binnen vrijwilligerswerk. Hierdoor kunnen cliënten onbedoeld in de dagbesteding terecht komen, wat niet passend is.
- De resultaten voor dagbesteding worden vaak globaal omschreven, met name als het gaat om inwoners waar geen vooruitgang meer wordt verwacht. In veel gevallen worden geen doelen gesteld, is er weinig sturing op de resultaten en er vinden vrijwel geen evaluatiegesprekken met de inwoner plaats, terwijl dit wel de afspraak is.
- Er zijn grote verschillen tussen dagbestedingslocaties in het sturen op resultaten. Er zijn aanbieders die werken met methodieken gericht op het sturen op te bereiken doelen. Er zijn aanbieders waarbij de doelen niet centraal staan en het vooral gaat om het meedraaien van cliënten met activiteiten. En er zijn aanbieders die weinig structuur bieden en waar sociale ontmoeting centraal staat.
- Kaders waaraan de dagbesteding moet voldoen ontbreken.
- Er is geen zicht op waar inwoners gebruik maken van dagbesteding als er sprake is van onderaannemerschap. Daar waar niet gecontracteerde aanbieders worden ingezet ontbreekt zicht op kwaliteit en rechtmatigheid van de voorzieningen.
- De hoofdaanbieders hebben eigen interne afspraken over de bekostiging van de zorg die door onderaannemers wordt ingezet. Dit percentage valt tussen 0 en 10 procent van het arrangemententarief. Hierdoor kan het zijn dat een deel van het zorggeld niet bij de inwoner terecht komt.
- Uitstroom uit dagbesteding is laag, ook bij de groep met mogelijk meer potentie tot uitstroom. De vraag is of de voorliggende trajecten voldoende in beeld zijn en worden benut.
- De tevredenheid van cliënten over de dagbesteding is hoog (rapportcijfer 8,5).

Vanuit de uitvoering wordt een passende dagbesteding voor bepaalde doelgroepen gemist. Zoals dagbesteding voor actieve jonge lichamelijk gehandicapten en jonge mensen met dementie. Maar ook de aansluiting voor ex-gedetineerden of inwoners met een verslaving.

5.5 Resultaatgebied 4A Vervoer naar dagbesteding

Dit arrangement wordt alleen in combinatie met resultaatgebied 4 ingezet en alleen als de inwoner niet zelfstandig naar de dagbesteding kan komen. Dat kan met of zonder rolstoel.



Ruim 1/3 van de inwoners met een indicatie voor dagbesteding maakt ook gebruik van vervoer naar de dagbesteding.

Ervaringen:

- Het is de lokale teams niet duidelijk wanneer een rolstoelindicatie moet worden afgegeven en aan welke eisen het vervoer moet voldoen. De eisen die aan rolstoelvervoer worden gesteld zijn onduidelijk en niet goed vastgelegd.
- Met het inzetten van vervoer bij het resultaatgebied dagbesteding is de aanbieder verantwoordelijk voor het vervoer van de cliënt van- en naar de dagbesteding. Niet alle aanbieders kunnen het vervoer organiseren zoals ze verplicht zijn. Sommige aanbieders werken met vrijwilligers of zien het vervoer als start van de begeleiding.
- Aanbieders geven aan dat de tarieven te laag zijn om het vervoer te organiseren en/of dat het sluiten van contracten met geschikte vervoersbedrijven niet mogelijk is.
- In de managementgegevens van het aanvullend openbaar vervoer (AOV) is te zien dat er ook door inwoners gebruik wordt gemaakt van het AOV om naar de dagbesteding te gaan. Daar is het AOV niet voor bedoeld. Het is niet bekend of de gemeenten dubbele kosten betalen (indicatie vervoer naar dagbesteding en gebruik AOV).

5.6 Resultaatgebied 7 en 7A Ontlasting mantelzorger kortdurend en doorlopend

Onderdeel van de overeenkomsten is de ondersteuning van mantelzorgers door het contracteren van aanbieders voor respijtarangementen. Hierbij zijn twee soorten arrangementen onderscheiden:

- 1) Respijtzorg doorlopend
- 2) Respijtzorg kortdurend

Bij respijtzorg doorlopend kon worden ingezet voor enkele dagen per maand gedurende het hele jaar met de mogelijkheid voor de mantelzorgers om periodiek de zorg voor een korte periode over kon dragen en een “adempauze” nemen. Respijtzorg kortdurend biedt de mogelijkheid voor de mantelzorgers om voor een korte periode langer de zorg los te laten bijvoorbeeld bij vakantie door logeeropvang. Bij de start van het contract waren circa 20 aanbieders gecontracteerd voor deze respijtarangementen.

Gedurende looptijd van de contracten was de ervaring dat:

Evaluatie t.b.v. inkoop Wmo 2026

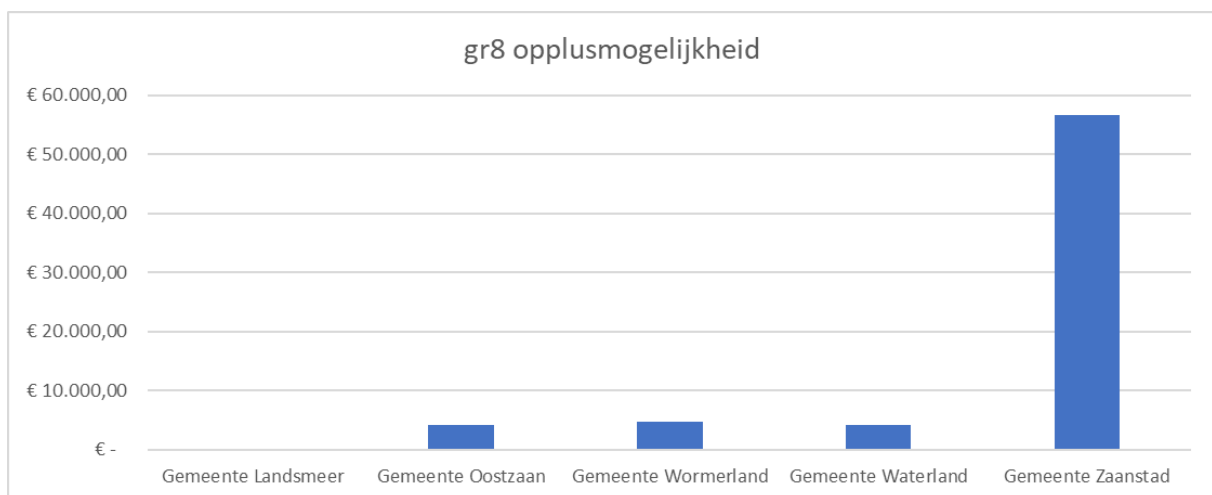
18

- Veel aanbieders wel hadden ingeschreven op respijtzorg maar hadden helemaal geen ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers;
- De paar aanbieders die wel logeerplekken hadden, dezelfde plekken ook bleken in te zetten voor eerstelijnsverblijf in het kader van de ZvW. Als de plek eenmaal werd ingevuld voor eerstelijnsverblijf was het niet (meer) mogelijk om de planbare respijtzorg in te plannen. Dit terwijl respijtzorg juist bedoeld is om tijdig mantelzorgers te ontlasten en adempauzes in te lassen.
- De logeerplekken in het kader van eerstelijnsverblijf en Wmo waren gekoppeld aan een verzorgingshuis. Voordeel is dat de nachtzorg makkelijker te organiseren is. Nadeel is dat de setting voor cliënten en mantelzorgers drempelverhogend is om hier ook gebruik van te maken.

Er was zowel kwantitatief als kwalitatief een tekort aan passende respijtzorg. Het ontbreken van (voldoende) passend aanbod maakt ook dat de vraag naar respijtzorg niet of nauwelijks werd gesteld door inwoners en mantelzorgers. Er zijn slechts twee indicaties voor kortdurend verblijf; een in de GGZ en een in de GZ. Vanuit deze constatering is in samenwerking met regiogemeenten en Zilveren Kruis gestart met een pilot voor een passende respijtzorgvoorziening (Het Buitenhuis).

5.7 Resultaatgebied 8 Oppluismogelijkheid

Dit resultaatgebied is ingekocht voor bijzondere situaties waarin één van de andere resultaatgebieden (vervoer naar dagbesteding uitgezonderd) niet toereikend is. De insteek is dat het moet gaan om tijdelijke situaties. Om die reden kan resultaatgebied 8 voor maximaal een jaar worden ingezet. Resultaatgebied 8 is 60 keer ingezet waarvan 44 keer in de VVT. Een oppluismogelijkheid biedt bij een PxQ financiering mogelijkheden van flexibiliteit, zowel voor inwoners als aanbieders.



6. Financiën

Bepaling tarieven

De tarieven binnen het arrangementenmodel zijn bepaald op basis van de verwachte inspanning die nodig is om bepaalde resultaten te behalen. Dit gaat om een verwacht aantal minuten of uren per maand, ook wel de Q genoemd. Deze verwachte inzet is vermenigvuldigd met een tarief per minuut of uur, de P. Kortom, onderliggend aan de tarieven per arrangement ligt een P*Q berekening. Bijvoorbeeld: voor een “schoon huis” is gemiddeld 10 uur per maand nodig, maal een tarief van € 30 per uur. Dit zou uitkomen op een tarief voor het arrangement “schoon huis” van € 300 per maand.

Inzet (Q) per arrangement

De verwachte inzet die nodig is binnen een arrangement wordt, bij de uitvoering hiervan door een zorgaanbieder, niet door de gemeente getoetst. Onderdeel van deze systematiek is dat de zorgaanbieder qua inspanning flexibel is om te doen wat nodig is om de resultaten voor een inwoner te behalen. Voor alle arrangementen/inwoners bij elkaar, zouden de kosten van de geleverde inzet van zorgaanbieders gemiddeld genomen moeten uitkomen met de ontvangen vergoeding.

Bij de aanbesteding voor 2019 is hiervoor samen met aanbieders een kostprijsonderzoek uitgevoerd. Hierbij is voor de verschillende resultaatgebieden uitgevaagd hoeveel minuten nodig zijn voor het behalen hiervan. De inzet per aanbieder binnen het resultaat kan verschillen. Hieruit is een gewogen gemiddelde (Q) gekomen wat in de onderbouwing van de tarieven is meegenomen.

Doordat we het daadwerkelijk geleverde aantal minuten of uren als gemeenten niet toetsen, hebben we geen concrete informatie over of de daadwerkelijke inzet overeenkomt met de inzet die vooraf werd verwacht. Indirect kan dit wel worden getoetst, bijvoorbeeld aan de hand van de financiële resultaten van zorgaanbieders. Het lastige hierbij is dat zorgaanbieders hun resultaten niet specificeren naar gemeente of regio.

Prijs (P) per minuut/uur

Voor het bepalen van het tarief is de AMVB Reële Prijs Wmo van toepassing. Dit houdt in dat de prijs waarmee de verwachte inzet van zorgaanbieders wordt vermenigvuldigd, een reële vergoeding moet zijn voor de kosten die zorgaanbieders hiervoor maken. De VNG heeft hier rekentools voor opgesteld, waarmee transparant voor zorgaanbieders en gemeenten een reële prijs per uur kan worden bepaald.

Samen met zorgaanbieders zijn “reële” waarden bepaald voor de variabelen in het landelijke kostprijsmodel. Dit gaat onder andere over de gemiddelde loonkosten (functiemix) en opslagen voor ziekteverzuim, verlof en overhead. Op basis hiervan is een gewogen uurtarief bepaald.

Bepaling tarief (PxQ)

Op basis van de gemiddelde inzet (Q) en het gewogen uurtarief (P) zijn per resultaatgebied de tarieven bepaald. Dit is voorgelegd aan zorgaanbieders en de meeste zorgaanbieders hebben aangegeven deze tarieven als reëel te beschouwen. Minimaal 78% van de cliënten neemt zorg en/of ondersteuning af van een zorgaanbieder die de tarieven reëel vindt.

Maatschappelijk effect van deze vorm van financiering

Het maatschappelijke effect van resultaatgerichte financiering is dat de inzet van zorgaanbieders erop gericht is om de resultaten voor inwoners te behalen. Het inzetten van meer uren loont niet. Hierdoor is er geen (perverse) prikkel om meer zorg te leveren, omdat dit financieel loont. Het risico van deze systematiek is juist dat zorgaanbieders minder uren leveren dan nodig is om de resultaten voor inwoners te behalen, hierdoor dus overmatig betaald krijgen en op deze manier misbruik maken van het stelsel.

Dit stelsel vraagt dus aan de voorkant om vertrouwen in de zorgaanbieders en hun professionals. Aan de achterkant vraagt dit om een goede monitoring van de behaalde resultaten en de koppeling hiervan aan resultaatsturing en toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid binnen de Wmo.

Om inzicht te krijgen in de behaalde resultaten, voeren de lokale teams evaluaties uit. Op deze manier kan er op individueel niveau worden gestuurd op of zorgaanbieders zich voldoende hebben ingezet om de resultaten te behalen en hoeverre de resultaten dan ook zijn behaald.

Door de informatie uit de evaluaties te verzamelen, ontstaat er ook meer inzicht op arrangements- of zorgaanbiederniveau. Daarmee kan worden gestuurd op de prestaties die zorgaanbieders leveren. Het maatschappelijke effect dat hiermee is beoogd, is dat de resultaten voor inwoners worden behaald en dat ondersteuningsvragen van inwoners daarmee ook kunnen worden gekoppeld aan zorgaanbieders die op dat gebied goed presteren. In de praktijk is er weinig inzicht verkregen in de behaalde resultaten voor de inwoner. Hierdoor heeft er nauwelijks resultaatsturing op

aanbiedersniveau plaatsgevonden en is het maatschappelijke effect van deze vorm van financiering nauwelijks inzichtelijk.

Bevindingen

In hoeverre zijn de tarieven toereikend geweest?

Hoewel er weinig directe informatie is over de zorginzet en gemaakte kosten door zorgaanbieders, is met name vanuit contractmanagement opgehaald dat zorgaanbieder over het algemeen uit zijn gekomen met de tarieven. Er zijn gedurende dit contract geen zorgaanbieders gestopt of failliet gegaan als gevolg van te lage tarieven. Daarbij blijkt uit de jaarrekeningen van zorgaanbieders, dat de zorgaanbieders die verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de kosten voor Wmo, niet of nauwelijks “buitensporige” winsten hebben behaald. Op basis hiervan kunnen we voorzichtig concluderen dat er in ieder geval geen signalen zijn geweest dat de tarieven niet reëel waren. Of andersom: dit is een indicatie voor dat de tarieven reëel waren.

Hoe verhoudt de financieringswijze zich tot de maatschappelijke effecten?

In de praktijk is er geen goed zicht op de maatschappelijke effecten van deze resultaatgerichte manier van werken binnen de Wmo. Zorgaanbieders vertalen de arrangementen vaak alsnog naar gestandaardiseerde inzet in minuten, uren en dagdelen. Ook vanuit cliënten merken we dat er behoefte is aan zekerheid in de inzet in minuten, uren of dagdelen. In die zin lijkt de feitelijke inzet nog steeds meer centraal te staan dan de te behalen resultaten. Vanuit rechtmatigheidstoezicht leidt dit tot het knelpunt dat “prestatielevering” en/of misbruik niet goed kan worden vastgesteld.

7. Lokale werkprocessen en implementatie

Bij de lokale teams en de backoffice van de ZWOLW-gemeenten is navraag gedaan naar de lokale processen en de implementatie. Hiervoor is een vragenlijst gebruikt om de ervaringen van alle gemeenten te achterhalen. Er is in dit hoofdstuk geen nader onderzoek naar de ervaringen van de inwoner met de gemeenten.

Administratieve verwerking

De werkwijze binnen de deelnemende gemeenten verschilt zowel op toegangsproces als bij administratieve verwerking. De gemeenten werken met verschillende registratiesystemen. Bij nagenoeg alle gemeenten is het berichtenverkeer volledig geautomatiseerd op een aantal losse aanbieders na die een handmatige verwerking kennen.

Het proces met betrekking tot het 305 (aanvang zorg) bericht verschilt niet of nauwelijks bij de deelnemende gemeenten. Via het systeem of handmatig vindt de controle plaats op de aanwezigheid van het 305 bericht. Zonder 305 bericht kan er niet gedeclareerd worden. De gemeente Landsmeer voert zelf een 305 bericht in na declaratie. De aanvang zorg datum is de startdatum van de inning van het abonnementstarief.

Bij de gemeente Landsmeer is de ervaring dat het 307 (pauze/tijdelijke stop van de ondersteuning door zorgaanbieders) bericht weinig voorkomt, bij Zaanstad wisselt dit per aanbieder. Indien er geen pauze bericht wordt verzonden, krijgt Zaanstad bericht via de inwoner dat er geen zorg is geleverd maar wel abonnementstarief is geïnd. Het abonnementstarief wordt door alle deelnemende gemeenten gecorrigeerd, in welke maand na ontvangst van het 307 bericht dit gebeurt wisselt per gemeente. Bij een pauzebericht kunnen zorgaanbieders geen zorg declareren. Dit geldt voor alle gemeenten.

In de gemeente Zaanstad ontbreekt een ICT ondersteund werkproces bij de SWT's waarin zowel financiering als inhoudelijke gegevensregistratie en uitwisseling goed en efficiënt is geregeld. Dit wordt veroorzaakt doordat de gemeente het eigenaarschap en opdrachtgeverschap van de SWT-ICT heeft, maar niet investeert in proces- en informatiemanagement of ICT-onderhoud voor de wijkteams. Dit wordt aangepast in het Basis op Orde project.

De communicatie (doelen en resultaten) naar de zorgaanbieder is momenteel in gemeente Zaanstad te summier (3000 karakters) bij de 301 berichten (toewijzing aan zorgaanbieder). Dit kan indien gewenst uitgebreid worden door de leverancier van het systeem, dit brengt alleen extra kosten met zich mee. In de andere gemeenten vindt er soms buiten het 301 bericht nog een overdracht per mail of door de consulent zelf plaats. De summier uitwisseling en kwaliteit van de doelen en resultaten bemoeilijkt de voortgang en evaluatie van de ingezette ondersteuning. In Waterland is daar een evaluatieproces voor ingericht met duidelijke termijnen. De implementatie van veranderde werkafspraken of beleidswijzigingen in het systeem zullen beter gecommuniceerd moeten worden naar de lokale teams om onduidelijkheid te voorkomen.

Toegangsproces

Kijkend naar het toegangsproces met betrekking tot de inwoner zijn er vooral overeenkomsten tussen gemeenten. Alle inwoners melden zich bij het lokale team waarna een (keukentafel) gesprek, verslaglegging, administratieve verwerking en besluitvorming volgt. De laagdrempelige toegang in de buurt wordt als positief ervaren. In Zaanstad is het systeem onvoldoende ingericht om de inwoner goed te volgen als het gaat om de voortgang van de opgestelde doelen en resultaten. Gemeente Zaanstad geeft aan dat het huidige systeem helpend is bij het traceren van lopende en overlappende indicatie.

Administratieprotocol

Het in de Wmo-inkoop benoemde administratieprotocol wordt door de meeste gemeenten gezien als een naslagwerk, waarbij de gemeente Zaanstad de volgende kanttekeningen plaatst. Het administratieprotocol is niet gebruiksvriendelijk en er vindt geen update plaats. Het administratieprotocol is vooral belangrijk bij de implementatie van een nieuw systeem. Het lijkt erop dat niet alle aanbieders op de hoogte zijn van het administratieprotocol. Een handzamer- en gebruiksvriendelijk exemplaar zal in de praktijk beter worden gelezen en gebruikt.

Samenwerking lokale teams en zorgaanbieders

De samenwerking tussen lokale teams en maatwerkaanbieders verloopt wisselend. Eén lokaal team geeft aan "je blijft altijd een gevoel houden dat ze aan het werven zijn voor hun klantenbestand, verschillende belangen dus (zullen niet gauw meedenken met 'minder Wmo inzet is beter')". Een ander geeft aan "Als we kijken naar de arrangementen gaat het in de basis goed maar alles valt of staat met het contact met de specifieke medewerker". De kwaliteit van samenwerking hangt af van contact. Samenwerking tussen 15 lokale teams en 48 maatwerk-aanbieders is vanzelfsprekend uitdagend.

8. Gecontracteerde partijen

In de aanbesteding van 2019 is gekozen voor een vorm waarin het aantal aanbieders niet is beperkt en waar de beschrijving van de opdrachtbeschrijving globaal is gehouden. Bij de aanbieders werd samenhang in de Wmo-ondersteuning georganiseerd door het hele pakket (arrangement) bij één aanbieder te beleggen die daar (indien nodig) onderaannemers voor in kunnen zetten. Vraag is of dit heeft geleid tot passende ondersteuning van goede kwaliteit en welke verbeteringen mogelijk zijn.

8.1 Kwaliteit

Verreweg de meeste cliënten zitten bij grotere zorgaanbieders met een goede governance, met medezeggenschap van medewerkers en cliënten en een kwaliteitsmanagementsysteem met procesbeschrijvingen, audits en cliënttevredenheidsonderzoek, klachtenprocedure en personeelsbeleid. Slechts twee (kleine) aanbieders geven aan geen kwaliteitsmanagementsysteem te hebben. Meer dan 80% is gecertificeerd en werkt met audits om de kwaliteitsafspraken te beoordelen. Dit zorgt voor ondersteuning die voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen.

Sinds we meer inzetten op kwaliteitstoetsing zien we een aantal partijen dat niet voldoet aan de kwaliteit. Er is van twee partijen afscheid genomen tijdens de contractperiode. Het blijkt ingewikkeld om bij ondersteuning achter de voordeur vast te stellen wat de kwaliteit is. Bij verschillende partijen zijn er vraagtekens over de organisatie of kwaliteit van de dienstverlening.

Een veel terugkomend advies van de afdeling Naleving is om de doelen in het zorgplan beter te laten aansluiten op de doelen uit het ondersteuningsplan en om deze SMART te formuleren. Sommige aanbieders geven aan dat het niet voor elke cliënt past om jaarlijks het zorgplan bij te stellen of SMART resultaten af te spreken.

De grote traditionele partijen hebben vaak het kwaliteitsmanagement goed op orde maar kenmerken zich als bureaucratisch en minder vernieuwend door veel regels en registratie.

8.2 Toegang tot en sturing op contracten

De vraag is of we door de toegang en de sturing op contracten genoeg grip hebben op de kwaliteit van het gecontracteerde zorgaanbod. In de aanbesteding zijn aanbieders zeer beperkt beoordeeld voor het verkrijgen van een contract. De lage regeldruk maakt het zicht op de uitvoering van de contracten beperkt. Om de administratieve last voor aanbieders te beperken worden er geen registraties naast het berichten en betalingsverkeer gevraagd. Contractmanagement mist sturingsdata, bijvoorbeeld om te kunnen sturen op het behalen van resultaten. Door het grote aantal aanbieders is het niet mogelijk om met alle aanbieders voortgangsgesprekken te houden. Contractmanagement bepaalt met welke aanbieders voortgangsgesprekken worden gevoerd. Voor doorontwikkeling van de contractafspraken kunnen besluiten worden genomen in de Wmo-Overlegtafel. Dit overleg vindt twee of drie keer per jaar plaats met een steeds wisselende vertegenwoordiging van aanbieders en is daarmee niet goed geschikt voor een gezamenlijk ontwikkelingstraject.

Aanbieders kunnen in het huidige contract niet tussentijds toetreden. De gemeente wordt een paar keer per jaar benaderd door partijen die wel willen toetreden. We zien vooral onbekende partijen met weinig onderscheidend vermogen. Er zijn in Zaanstad enkele gevallen waar buiten de gecontracteerde partijen een andere aanbieder wordt ingezet omdat de gecontracteerde aanbieders niet kunnen leveren wat nodig is. In Waterland zien we circa tien zzp'ers die naast de gecontracteerde partijen worden ingezet. Geconcludeerd kan worden dat op enkele onderdelen geen passend zorgaanbod is gecontracteerd. Tegelijkertijd zien we in andere onderdelen van het contract veel niet onderscheidend aanbod.

8.3 Zorgaanbod

Het zorgaanbod vanuit de gemeente wordt onoverzichtelijk op het moment dat de onderaannemers niet bekend zijn bij de gemeente. Hierdoor wordt het voor de gemeente lastiger om te sturen op de kwaliteit. Het komt een enkele keer voor dat hoofdaannemers gebruik maken van onderaannemers die niet gecontracteerd zijn door en dus niet bekend zijn bij de gemeenten.

Bovendien hebben lokale teams moeite passende zorgaanbieders te vinden bij een vraag die complex is of weinig voor komt omdat er onvoldoende zicht is op welk aanbod beschikbaar is. Veel aanbieders maakt het moeilijk overzicht te houden op wat er is. De sociale kaart wordt onvoldoende gebruikt en is niet goed geschikt om aanbod voor weinig voorkomende hulpvragen in te vinden. Doelgroepen waarvoor ondersteuningsaanbod wordt gemist zijn:

- jonge mensen met dementie

- mensen met een verslaving
- ex-gedetineerden of forensische zorg
- jongvolwassenen in de overgang vanuit de jeugdhulp
- mensen met een verzamelstoornis, woonvervuiling en specialistische ondersteuning
- mantelzorgers (respijtzorg met name thuis en bij jongvolwassenen)
- mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en
- mensen met een taalbeperking.

Voor andere doelgroepen is het aanbod er wel maar is dit aanbod onbekend bij de lokale teams.

Ondanks de inspanningen die de meeste aanbieders inzetten op het werven en vasthouden van personeel, nemen de personeelstekorten de laatste jaren toe. Met name in de landelijke gebieden lukt het soms niet om voldoende medewerkers in te zetten. Dit beperkt de keuzevrijheid voor inwoners.

We werken met brede generieke producten voor veel verschillende zorgvragen. Het is nu niet mogelijk te sturen op de gewenste variatie binnen het aanbod. Dit is vooral voor dagbesteding ingewikkeld.

Keuzevrijheid

Er is keuzevrijheid gegeven aan cliënten door een groot aantal aanbieders toe te laten. Cliënten kunnen kiezen tussen 48 aanbieders. Er is een sociale kaart ingericht met het beschikbare aanbod. Het is moeilijk via de sociale kaart de verschillen tussen aanbieders te vinden. Er staan beschrijvingen op waarmee een aanbieder probeert zoveel mogelijk cliënten te trekken. De opzet en actualiteit van de sociale kaart zijn bovendien niet goed genoeg om werkelijk bruikbaar te zijn. Doordat sociale kaarten vaak niet veel worden gebruikt door cliënten en lokale teams worden ze vaak slecht bijgehouden en worden ze minder gebruikt.

Veel cliënten kiezen een aanbieder die ze kennen, vaak via hun kennissen. Ook lokale teams adviseren cliënten, zij beschikken echter over beperkte informatie. Het is de vraag of cliënten met keuze tussen veel aanbieders worden geholpen als de verschillen klein of ondoorzichtig zijn. Voor cliënten zijn zaken belangrijk als kunnen wisselen naar een hulpverlener waar een klik mee is, hulp of dagbesteding in eigen taal en cultuur, aard van de activiteiten bij dagbesteding. Cliënten kiezen soms bewust voor een kleinere aanbieder om meer invloed te hebben op de zorg, bij grote organisaties ervaren ze soms bureaucratische regels.

Proces en samenwerking

Het merendeel van de aanbieders beoordeelt de samenwerking met de lokale teams als goed of voldoende. Er zijn aspecten die verbeterd kunnen worden, met name op het gebied van communicatie en informatie-uitwisseling. De digitale ondersteuning van de uitwisseling van de doelen en resultaten is voor verbetering vatbaar. De intake door de zorgaanbieder wordt vaak gedaan zonder de informatie uit het ondersteuningsplan. Hierdoor kan er soms een andere invulling worden gegeven aan de ondersteuning dan het lokale team had afgesproken met de cliënt.

9. Uitgangspunten vorige aanbesteding: hoe staan we hier nu in?

In de inkoop 2019 zijn uitgangspunten benoemd en zijn kaders beschreven. Er is een transformatie-opgave benoemd die gemeenten beogen te bereiken met hun beleid. In hoeverre zijn we erin geslaagd deze uitgangspunten en visie uit te voeren?

De bevindingen

Uitgangspunten

- Keuzevrijheid van ondersteuning voor inwoners is geborgd;

Er zijn 48 aanbieders. Niet alle aanbieders zijn evengoed in beeld bij de toegang. Er is een sociale kaart ingericht die onvoldoende wordt gebruikt en daardoor ook verouderd raakt. Inwoners hebben pas echt keuzevrijheid als ze informatie hebben wat de verschillende opties zijn en de kenmerken van het zorgaanbod.

- Zorgaanbieders leveren maatwerk

In individuele dienstverlening sluit de professional aan op de hulpvraag en situatie van de cliënt binnen de grenzen van de opdracht. Bij dagbesteding is de aanpak groepsgewijs, hier wordt niet altijd de hulpvraag van de cliënt vertaald naar een maatwerkaanpak.

- Er is ruimte voor innovatie

De arrangementen bieden ruimte voor innovatie maar van deze ruimte wordt weinig gemaakt door de zorgaanbieders.

- Sturing vindt plaats op kwaliteit, resultaat en continuïteit;

Er is geen registratie op de resultaten ingericht, hierdoor is er beperkt inzicht in de verschillen in effectiviteit tussen aanbieders.

- Cliënttevredenheid is onderdeel van de te leveren zorg door de aanbieders;

Aanbieders zijn verplicht elke twee jaar een cliënttevredenheidsonderzoek uit te voeren. Vrijwel alle aanbieders doen dit. Niet elke aanbieder doet dit echter onafhankelijk, sommigen laten cliënten bevragen door eigen personeel of de eigen begeleider.

- Aanbieders van respectievelijk eerste- en tweedelijns ondersteuning werken samen;

Hier zijn geen uitvoeringsafspraken over gemaakt. De huidige inrichting maakt samenwerking met eerste lijns partijen complex, vooral voor de kleinere partijen en niet-gecontracteerde partijen.

- Toegang (aanspraak) tot zorg en ondersteuning loopt via de gemeente (als regisseur van de gebiedsgerichte (wijk) teams);

Dit is in elke gemeente zo ingericht. In Zaanstad zien we dat de hoeveelheid van het werk groot is voor de wijkteams. De nadruk is komen te liggen op de rol van indicatiesteller en kostenbeheersing en minder op de regisseursrol. Dat blijkt uit de kwaliteit van het ondersteuningsplan en de resultaten die worden meegegeven aan aanbieders.

- Eigen kracht van cliënten en hun omgeving wordt zoveel mogelijk aangesproken;

Dit uitgangspunt wordt breed gedeeld. Bij de lokale teams wordt dit benut om eerst voorliggende voorzieningen in te zetten. Aanbieders lijken dit principe over het algemeen ook te gebruiken in hun ondersteuning. Het wordt in ondersteuningsplannen echter weinig vertaald naar resultaten voor maatwerkaanbieders. Er zijn geen concrete cijfers over.

- Een zorg/ondersteuningsplan is het vertrekpunt voor de inzet van het budget.

De lokale teams doen onderzoek en leggen dat vast in een ondersteuningsplan. Aanbieders worden gefinancierd op basis van de cliënten die voor hen kiezen en de afgesproken te behalen resultaten.

- De aanbieder helpt zo nodig bij het opstellen van het ondersteuningsplan;

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar, het vermoeden is dat dit in de praktijk weinig voorkomt.

- Het budget is cliëntvolgend

- De gemeente neemt haar verantwoordelijkheid in de ketenaansprakelijkheid voor loon;

Dit is vastgelegd middels een afspraak voor indexering van de tarieven.

- Het lokale en regionale MKB en startende ondernemers worden in staat gesteld toe te treden;

Elke aanbieder die verklaarde te voldoen aan de eisen kreeg een contract. Daar zaten ook een aantal lokale en startende ondernemers bij. In deze groepen ondernemers zijn een aantal kwaliteitsproblemen en administratieve problemen naar voren gekomen.

- Social return (SROI) is geborgd;

Er zijn social return afspraken gemaakt met aanbieders. De social return helpdesk houdt de voortgang bij en adviseert aanbieders. De meeste partijen zijn op schema, al is het moeilijker geworden het in te vullen nu het aantal werkzoekende met afstand tot de arbeidsmarkt klein is geworden. Aan de positieve kant biedt deze situatie ook kansen en is er vanuit de SROI-invulling een project opgestart waarbij statushouder worden opgeleid en ingezet voor hulp bij huishouden (RG2)

- Duurzaamheid is geborgd;

Op duurzaamheid is niet gestuurd. Een deel van de aanbieders heeft intern ambities en beleid geformuleerd.

- Verlagen van de administratieve lasten is de norm.

Naast het landelijke berichtenverkeer waarin de facturatie en indicatieberichten worden verstuurd, en de SROI-verplichtingen worden geen registraties vereist. Er moet een productieverantwoording worden ingediend die door de accountant is goedgekeurd en jaarlijks zijn aanbieders verplicht een vragenlijst met wisselende vragen in te vullen. De aanbieders zijn over het algemeen tevreden over de lage administratieve last. Het verlagen van de administratieve last heeft als nadeel dat het de gemeenten weinig zicht en daarmee sturingsmogelijkheid geeft.

Transformatie

De transformatie van het Sociaal Domein is in het Programma van Eisen(PvE) benoemd. Er staan een aantal pijlers centraal bij de uitvoering van de gemeentelijke taken:

- Preventie: gemeenten willen eerder signaleren wat niet goed gaat in een gezin en dit vanuit een integrale blik bekijken. Zo willen gemeenten voorkomen dat problemen groter worden of er meer problemen ontstaan en er zwaardere ondersteuning nodig is.
- Eigen verantwoordelijkheid: gemeenten kijken eerst naar wat mensen zelf kunnen doen bij het zoeken naar oplossingen. We nemen als gemeente of professional het probleem niet 'over', maar gaan uit van eigen kracht en bestaande netwerken, waar ondersteuning zo nodig aan toegevoegd kan worden. Sommigen hebben dat langer nodig dan anderen, rekening houdend met de complexiteit van een snel veranderende samenleving. Ook zijn er inwoners (chronisch zieken, hulpbehoevende ouderen) die permanent ondersteuning nodig hebben.
- Integrale benadering en effectieve voorzieningen: gemeenten zetten in op integraliteit en doelmatigheid, door vraagstukken in een huishouden in context, perspectief en samenhang te bekijken. Door consequent te handelen vanuit het principe van één gezin, één plan, één regisseur kunnen huishoudens effectiever geholpen worden.
- Gemeenten organiseren een vangnet 'op maat' voor mensen met een ernstige fysieke, verstandelijke of geestelijke beperking en anderen die het niet zelf redden. Onder dit vangnet vallen de individuele maatwerkvoorzieningen.

De sturing op de transformatie is bij de lokale teams belegd. In de opdracht Wmo-maatwerk is wel een transformatie benoemd, maar niet vertaald naar de opdracht voor aanbieders of naar sturingsinstrumenten. Het maatwerk is een vangnet voor inwoners wanneer preventie en eigen verantwoordelijkheid niet voldoende zijn.

De transformatie is algemeen geformuleerd naar preventie, eigen verantwoordelijkheid, 1 gezin, 1 plan 1 regie en een vangnet. In de uitvoering van de contracten zien we dat alleen het onderdeel eigen verantwoordelijkheid is vormgegeven. Dit is vertaald naar zelfredzaamheid en eigen kracht. Dit element is deel van de opdracht en inmiddels een geaccepteerd uitgangspunt voor professionals en zorgorganisaties. We zien in de resultaten die door lokale teams aan zorgaanbieders worden meegegeven weinig invulling op de andere onderdelen van de beoogde transformatie.

In het programma van eisen is niet gevraagd aan aanbieders om mee te denken over wat er nodig is voor een transformatie binnen het sociaal domein. Daardoor is er geen doorontwikkeling geweest over wat de transformatie zou moeten en kunnen betekenen voor de cliënten in Wmo-maatwerk. In de resultaten die mee zijn gegeven is niet gestuurd op deze gewenste transformatie. Wel is in de indicatiestelling kritisch geoordeeld of een maatwerk voorziening noodzakelijk is en of er geen voorliggende oplossingen zijn.

De rechten op individueel maatwerk zijn steviger verankerd in beschikkingen en meerjarencontracten en aanbestedingen dan preventieve aanpakken en collectieve, informele oplossingen. De natuurlijke beweging is daarom precies de andere kant op dan de visie op transformatie voorschrijft. We ontberen een strategie en financiële sturing om hier voldoende tegenwicht aan te geven.

10. Conclusies

Op basis van de evaluatie kunnen we de volgende belangrijkste conclusies trekken:

- Het arrangementenmodel heeft meerwaarde, zeker in een tijd waarin de middelen schaars zijn, vanwege de doelen en resultaten die centraal staan, de flexibiliteit die het aanbieders biedt om de zorg zo doelgericht mogelijk in te zetten. Het financieren van een resultaat biedt flexibiliteit voor aanbieders om te doen wat nodig is met minimale administratieve lasten.
- Het arrangementenmodel in de huidige vorm (resultaatgericht indiceren) is juridisch niet langer houdbaar. Uit rechtspraak blijkt dat naast het aangeven van taken en een frequentie ook een tijdsseenheid opgenomen dient te worden in de beschikking.
- Het is niet gelukt om de verbeteringen uit de vorige aanbesteding ten aanzien van het model voldoende door te voeren te weten het formuleren van SMART doelen, het overdragen van deze doelen naar aanbieders, het goed monitoren en sturen op resultaten. We zien wel dat lokale teams voorliggende voorzieningen inzetten voor ze Wmo-maatwerk indiceren.

- Aanbieders positief zijn over de flexibiliteit van het model en de lage administratieve lasten.
- De constructie van hoofd- en onderaannemerschap leidt niet tot betere regievoering op het geheel van de ondersteuning. Aanbieders zien het vooral als administratief gedoe en de regievoering door de hoofdaanbieder komt niet goed uit de verf. Bij hoofd- onderaannemerschap komt het deel van het zorgbudget dat de gemeente betaalt niet bij de inwoner.
- De hoofdaanbieders bepalen welke onderaannemers worden ingezet. Dit kan betekenen dat de inwoner een andere zorgverlener krijgt dan de voorkeur heeft als de ondersteuning moet worden uitgebreid met een ander resultaatgebied.
- Gedurende de looptijd van het contract geen nieuwe aanbieders kunnen toetreden. Dit terwijl er wel nieuwe aanbieders op de markt komen die van toegevoegde waarde kunnen zijn. Toetreding kan alleen via onderaannemerschap van reeds gecontracteerde partijen als die daartoe bereid zijn. Niet alle cliënten zijn bij gecontracteerde aanbieders op de juiste plek. We zien daardoor naast de gecontracteerde zorg losse betaalovereenkomsten wat voor de uitvoering extra werk oplevert.
- Inwoners doorgaans tevreden zijn met de ondersteuning die ze ontvangen. De cliëntervaringsonderzoeken zijn stabiel gebleven afgelopen jaren en het aantal bezwaren is beperkt.
- De beperkte beoordeling vooraf aan het verkrijgen van een contract en missende sturingsdata maakt zicht op de uitvoering beperkt. Met de wijze waarop we nu de toegang tot en de sturing op contracten hebben is er niet genoeg grip op de kwaliteit van het gecontracteerde zorgaanbod.
- Bovendien is groeiende inzet nodig op beheersing van de risico's en overzicht op het aanbod.
- De wijze van contracteren heeft geleid tot veel aanbieders. Hierdoor en door het ontbreken van een goed werkende sociale kaart is het zicht op het aanbod van deze aanbieders beperkt. Veel aanbieders leidt hierdoor niet perse tot meer keuzevrijheid voor inwoners.
- Voor enkele doelgroepen is geen passend zorgaanbod binnen gecontracteerde partijen beschikbaar. Tegelijkertijd zien we in andere onderdelen van het contract veel niet onderscheidend aanbod.
- Lokale en regionale MKB en startende ondernemers werden in staat gesteld toe te treden. In deze groepen ondernemers zijn een aantal kwaliteitsproblemen en administratieve problemen naar voren gekomen.
- Inzet van aanbieders in de transformatie is niet opgenomen als eis in het programma van eisen waardoor dit niet goed uit de verf is gekomen. Er is weinig sturing geweest om zorgaanbieders samen te laten werken en te werken aan de transformatieopgave.
- De arrangementen bieden ruimte voor innovatie maar van deze ruimte wordt weinig gemaakt door zorgaanbieders.

11. Aanbevelingen

Naar aanleiding van de evaluatie doen we de volgende aanbevelingen om uit te werken:

- Stap af van de financiering in resultaten en indiceer en financier in de komende aanbesteding middels prijs keer tijdseenheid (PxQ). Bij Dagbesteding zal de eenheid een dagdeel worden. Hiermee geven we cliënten rechtszekerheid door middel van minimale contacturen waar ze op kunnen rekenen.
- Blijf sturen op resultaten. Aanbieders krijgen de opdracht om de tijdsinzet te besteden aan het realiseren van de resultaten. Deze mogen abstract zijn. De conclusies van de evaluatie vraagt van gemeenten een verbeteringsslag te maken in de lokale systemen en met de lokale teams om resultaatgericht werken te verbeteren.
- Laat het aanleren van het voeren van het huishouden vallen onder resultaatgebied 1 sociaal en persoonlijk functioneren.

- Laat, waar geen gebruik gemaakt kan worden van voorliggende voorzieningen, resultaatgebied 3 ondersteuning bij administratie en financiën vallen onder resultaatgebied 1 sociaal en persoonlijk functioneren.
- Maak onderscheid in verschillende vormen dagbesteding, namelijk recreatieve dagbesteding en dagbesteding gericht op het ontwikkelen van vaardigheden.
- Verken de mogelijkheid om de respijtzorg in deze aanbesteding mee te nemen.
- Positioneer Wmo-maatwerk aanbieders beter bij de transformatie-opgave.
- Heroverweeg de constructie hoofd-onderaannemerschap en eventuele alternatieve constructies.
- Er moet beter worden gestuurd op de hoofd en onderaannemerschap-constructie binnen het contract.
- Zorg voor voldoende dekking in alle gebieden. Dit in verband met schaarste (nu en in de toekomst) van het zorgpersoneel.
- Zorg voor voldoende volume bij aanbieders waarmee zij kunnen innoveren en andere werkvormen kunnen ontwikkelen en neerzetten.
- Zorg voor betere voorwaarden voor samenwerking tussen lokale teams, maatwerk-aanbieders en aanbieders in het voorliggend veld.

12. Vervolgproces

Deze evaluatie is uitgevoerd door de ZWOLW-gemeenten. Na het afronden van de evaluatie is besloten dat Edam-Volendam en Purmerend aansluiten bij de inkoop.

De evaluatie wordt samen met de uitgangspuntennotitie Wmo maatwerk 2026 afgestemd met de portefeuillehouders van de gemeenten in regio Zaanstreek-Waterland. Vervolgens worden deze documenten voorgelegd aan de colleges van deze gemeenten.

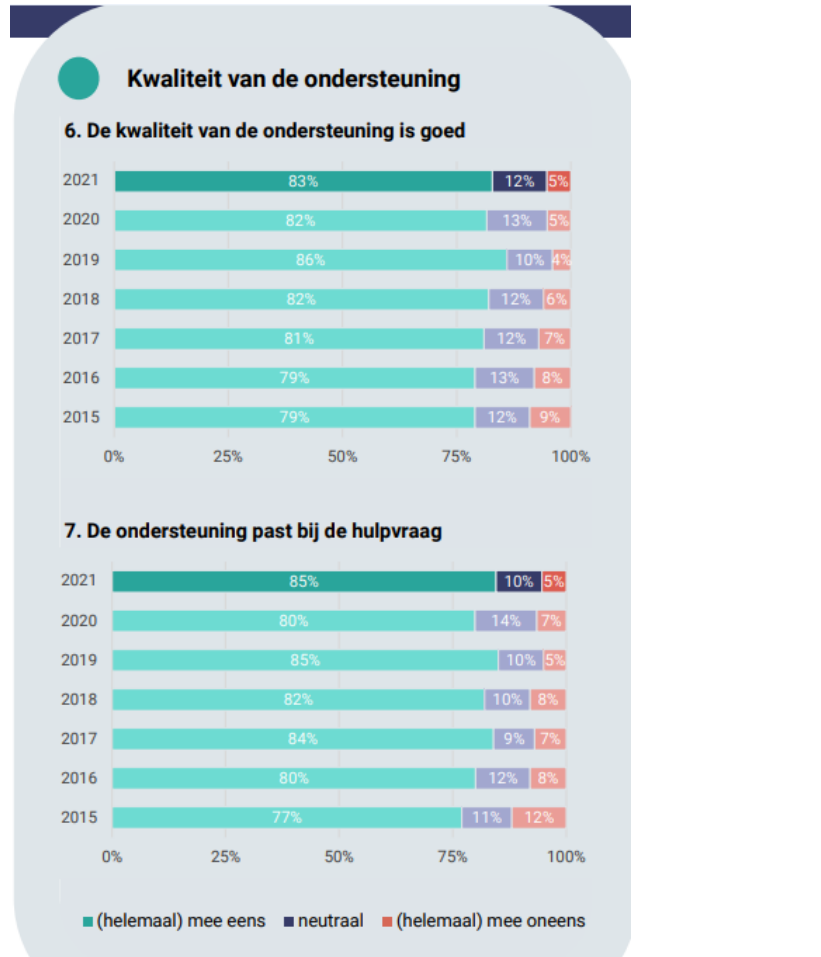
Tot slot worden de documenten voor de zomer van 2024 voor een zienswijze voorgelegd aan de gemeenteraad van de gemeente Zaanstad. Hiermee wordt invulling gegeven aan twee eerder aangenomen moties¹. De stukken worden daarnaast ter informatie voorgelegd aan de gemeenteraden van de gemeenten Edam-Volendam, Waterland, Landsmeer, Oostzaan, Purmerend en Wormerland. Bij een positieve zienswijze van de Zaanse gemeenteraad wordt gestart met het aanbestedingsproces.

¹ 1. Motie 125, aangenomen op 19-12-2013
2. Motie Vreemd, aangenomen op 2-7-2020

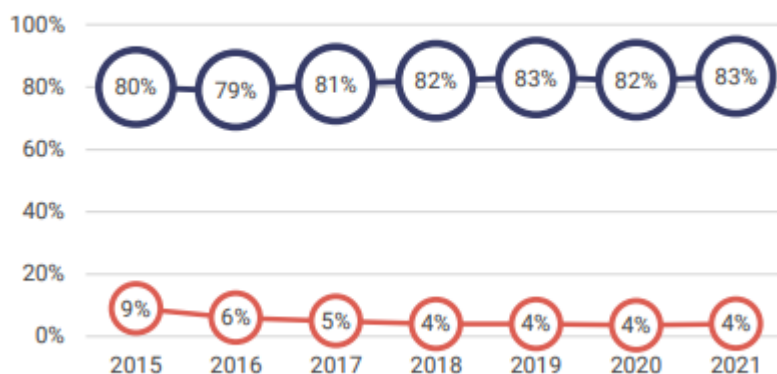
Bijlagen

Bijlage 1: Cliënttevredenheidsonderzoeken Wmo

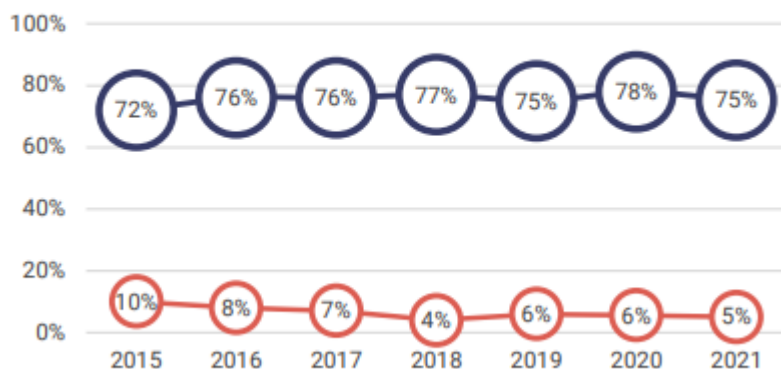
Zaansstad



9. Cliënt kan zich beter redden

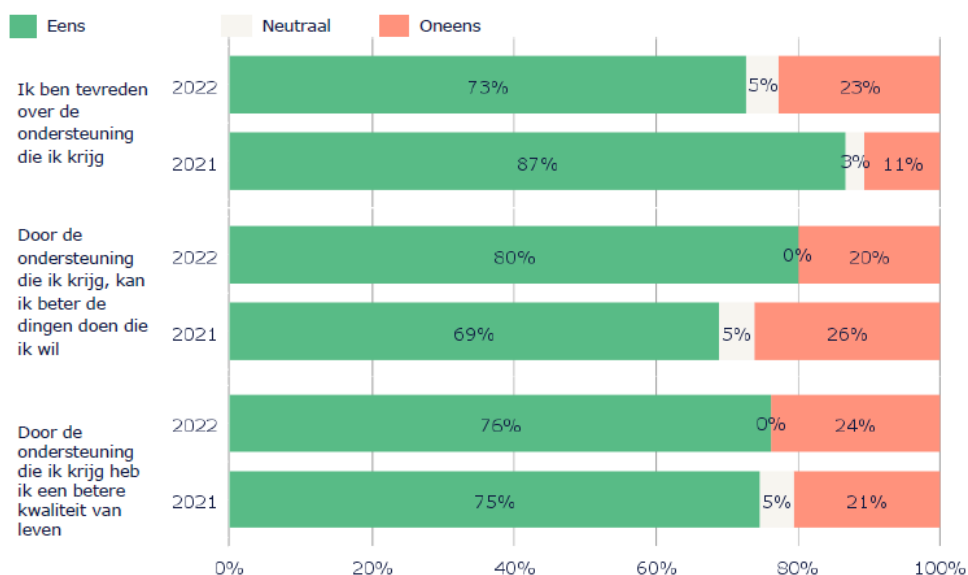


10. Cliënt heeft een betere kwaliteit van leven



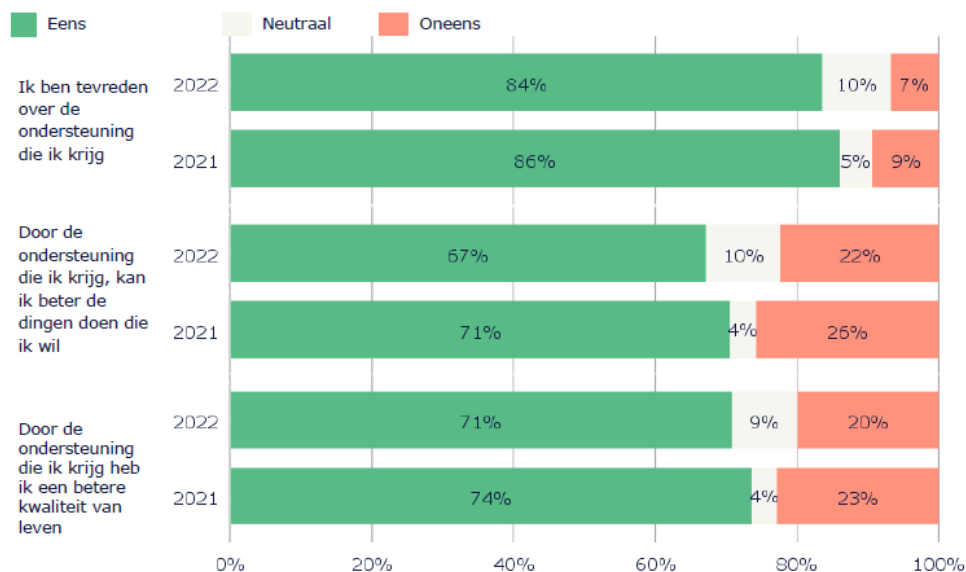
Oostzaan

Effecten van de ondersteuning



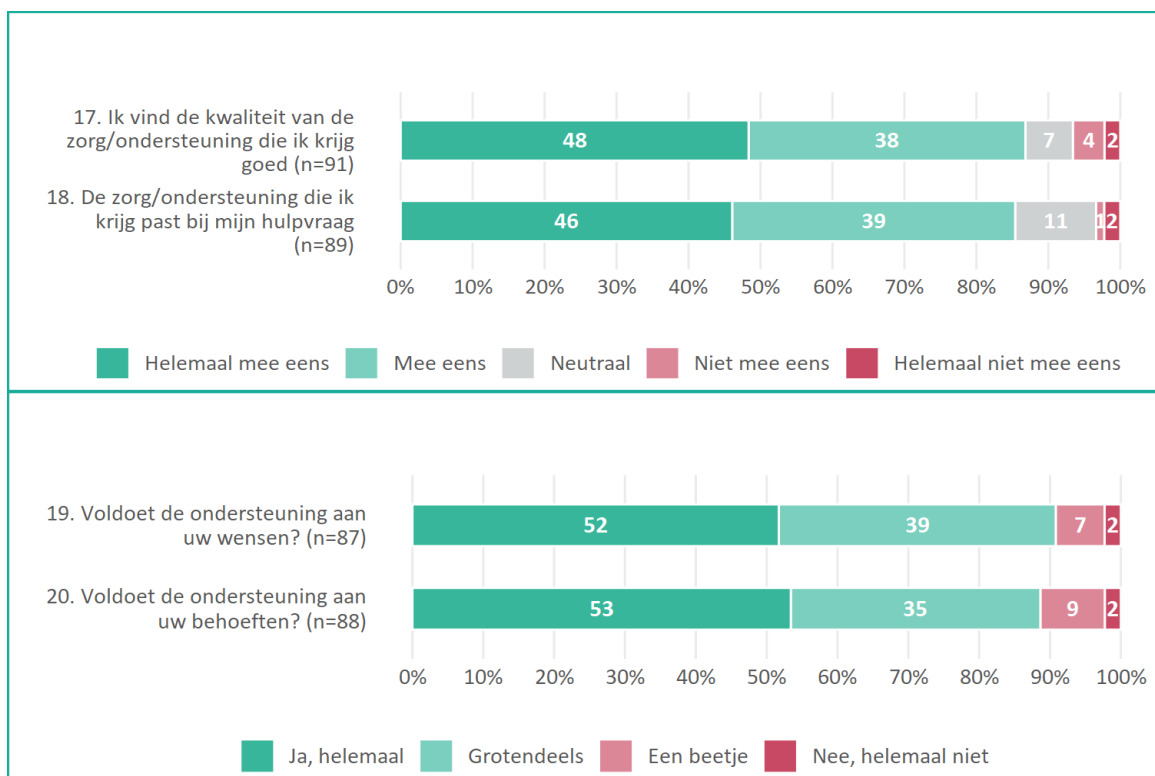
Wormerland

Effecten van de ondersteuning



Waterland

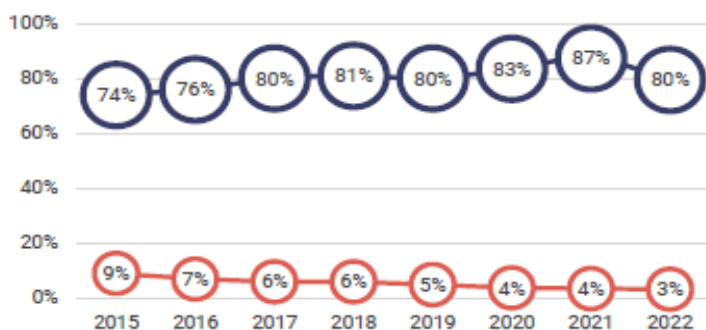
Resultaten over het jaar 2021



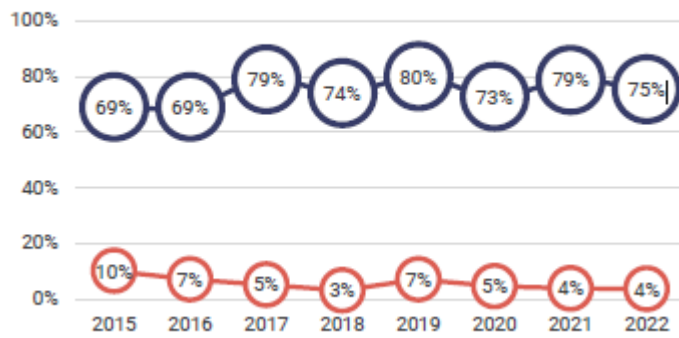


Gemeente Landsmeer

9. Cliënt kan zich beter redden



8. Cliënt kan beter de dingen doen die hij/zij wil



10. Cliënt heeft een betere kwaliteit van leven

