

Reacties van zorgaanbieders op voorstel nieuwe bouwstenen Maatwerkvoorziening Oosterschelderegio

Vraag/opmerking	Reactie
<p><i>Pagina 1, inleiding, toelichting sub c:</i></p> <p>1. Er geldt een vast tarief per cliënt per 4 weken. U stelt daarbij dat het budget niet 'vast' zit aan een cliënt. Kunt u toelichten hoe deze stellingname zich verhoudt tot de beschikking die de cliënt heeft ontvangen en de Algemene Wet Bestuursrecht?</p> <p>2. Tevens stelt u dat aanbieders het getotaliseerde budget als een 'lumpsum' voor alle in zorg zijnde cliënten moeten beschouwen, waarbij de zorgaanbieder de opbrengsten naar inzicht kan besteden aan cliënten in zorg.</p> <p>Als boven, hoe verhoudt zich dat tot de beschikking die de cliënt heeft ontvangen? Hoe verwacht u dat cliënten dit ervaren? Draagt dit bij aan het kostenbewustzijn van cliënten? Is deze werkwijze een gevolg van de uitwerking van het abonnementstarief 'eigen bijdrage' die cliënten op basis van het aantal door de aanbieders ingezette zorg betalen?</p>	<p>De methodiek resultaatgericht werken is niet gewijzigd t.o.v. de huidige overeenkomst. Dat werkt als volgt:</p> <p>Klant krijgt een beschikking voor een maatwerkvoorziening (bouwsteen) maar daarin wordt niet gesproken over uren en bedragen. Zorgaanbieder ontvangt hiervoor een bedrag per zorgperiode. Sinds de start van 'individuele begeleiding' binnen de Wmo in 2015 is dit al onderdeel van ons resultaat gericht inkoopcontract. Deze vorm van bekostiging maakt het mogelijk voor zorgaanbieders om mee te bewegen met de zorgvraag van de cliënt. Wanneer deze fluctueert in de tijd hoeft de zorgaanbieder of cliënt niet (iedere keer) opnieuw een herindicatie aan te vragen. Ook kan het budget dat wordt 'overgehouden' bij één cliënt, worden ingezet ten behoeve van een andere cliënt. Bij de ene klant kan het resultaat in/voor minder uren kosten worden bereikt bij de ander moeten meer uren kosten worden gemaakt. Dat het totaal van alle budgetten per zorgperiode per klant als lumpsum gezien kunnen worden is bedoeld als illustratie. De cliënt zal hier geen hinder van ondervinden, omdat het budget los staat van het resultaat dat gemeente en zorgaanbieder afspreken dat behaald dient te worden. Wanneer de zorgaanbieder dit op een juiste manier toepast zal hij ervaren dat deze manier van werken de meeste ruimte oplevert voor het bieden van maatwerk aan cliënten.</p> <p>In de ondersteuningsplannen wordt vastgelegd wat de klant als resultaat mag verwachten. Het is voor de klant niet van belang wat de kosten hiervan zijn. Zoals eerder aangegeven is deze werkwijze niet nieuw en is deze sinds 2015 contractueel vastgelegd. Er is dus geen relatie met het abonnementstarief.</p>
<p><i>Pagina 2, Sturen op resultaat</i></p> <p>3. Op Walcheren en in Zeeuws-Vlaanderen wordt naar tevredenheid van de aanbieders voor vergelijkbare bouwstenen begeleiding thuis en begeleiding speciaal gewerkt met die werkwijze bovengenoemde punten onder 1 en 2 ondervangt; dat daarmee een betere match ontstaat tussen de beleving van de cliënt met de geleverde zorgprestatie; dat daarmee tevens de middelen doelmatig worden ingezet?</p>	<p>In de Oosterschelderegio hebben gemeenten en zorgaanbieders voor de werkwijze gekozen zoals is uitgewerkt. Uit de evaluatie is gebleken dat de meerderheid van aangesloten zorgorganisaties tevreden is met deze werkwijze.</p> <p>Deze manier van werken legt veel verantwoordelijkheid bij de deskundigheid van de betrokken zorgorganisaties om de aard en omvang van de benodigde ondersteuning te bepalen.</p>

<p><i>Pagina 5, bijlage 1, uitwerking 2e en 3e alinea</i></p> <p>4. Bovenop de vragen die onder 2 en 3 reeds zijn gesteld, is het ongewenst dat zorgaanbieders voor een gezonde bedrijfsvoering de zorg dusdanig moeten inrichten dat er gemiddeld het juiste aantal cliënten met een intensieve en een bescheiden zorgvraag begeleid worden. Bent u het met ons eens dat dit tot ongewenst gedrag aanleiding geeft?</p>	<p>In de praktijk ervaren wij dit nauwelijks. De flexibiliteit die zorgaanbieders ervaren bij het bieden van ondersteuning waardoor maatwerk mogelijk is, vinden wij minstens zo belangrijk.</p>
<p><i>Pagina 5, bijlage 1, uitwerking 2^e & 3^e alinea</i></p> <p>5. Wij zijn blij dat de gemeenten de plusvariant steunt en deze werkwijze via IWMO wil laten verlopen. Dat vermindert administratieve lasten. Echter u stelt daarbij als voorwaarde dat deze extra inzet ten minste 6 weken dient te duren alvorens voor de plusvariant in aanmerking te komen. Dit dient bovendien op voorhand te worden aangegeven. Wij vragen u de voorwaarde te schrappen. In de praktijk wordt regelmatig hoog intensieve zorg geboden, waarbij het zeer ongewenst is om dergelijke situaties langer dan 6 weken te laten duren. Bent u het met ons eens dat zo snel als mogelijk beloofd dien te worden.</p>	<p>De plusvariant is bedoeld voor extreme situaties. Die situaties vragen overleg en maatwerk. De periode van 6 weken wordt hier genoemd om een incidenteel hogere inzet in een bepaalde zorgperiode uit te sluiten van de plusvariant. Er hoeft geen 6 weken gewacht te worden om zorg in te zetten of een vergoeding te ontvangen.</p>
<p><i>Pagina 6, bijlage 1, uitwerking 1e alinea</i></p> <p>6. In onder 5 reeds genoemde situaties, is er veel (domein overstijgend) overleg met ketenpartners, voor criteria verwijzen naar pagina 5, 3e alinea, dat bij de plusvariant veel directe dan indirecte tijd nodig is. Wij stellen voor dezelfde zinsnede hier te gebruiken.</p>	<p>De informatie uit deze notitie wordt overgezet naar een nieuwe versie van de Deelovereenkomst (versie 14).</p>
<p>7. Voor situaties van geweld kan door Emergis uit oogpunt van veiligheid van vrouwen niet gemeld worden bij het CAK, waardoor geen juist beeld ontstaat over de geleverde inzet.</p>	<p>Dat is bekend bij de gemeente</p> <p>Zorgaanbieders hoeven vanaf 1 januari 2020 geen gegevens meer bij CAK aan te leveren over de inzet van zorg. Door invoering van het abonnementstarief is het aantal uur dat wordt ingezet niet meer relevant voor berekening van de eigen bijdrage. De informatie over de inzet van uren per cliënt werd tot op heden door SWVO opgehaald bij CAK en gebruikt voor monitoringsdoeleinden. Om die reden zal de verplichting tot het aanleveren van ureninzet per cliënt overgaan van CAK naar SWVO. Vanaf 1 januari 2020 wordt u geacht de ureninzet per cliënt rechtstreeks aan het SWVO aan te leveren.</p>

<p><i>Pagina 6, bijlage 1, procedure, alinea 1-4</i></p> <p>8. Voor de periode, wijzen we op de gemaakte opmerkingen bij 5. Onduidelijk is wat de afloop van de indicatieperiode is. Wordt hier de plusvariant 301a bedoeld? Moet een nieuwe indicatie worden aangevraagd als de extra uren niet langer nodig is, maar de bouwsteen BT of BTS nog wel gewenst? Zo ja, kan dit administratief regelarm worden opgelost?</p>	<p>Zie bijlage 10 van de huidige Deelovereenkomst. Het bericht 301a (via portaal SWVO) is meestal het verslag van het 'keukentafelgesprek', maar kan ook de uitkomst van overleg van het gebiedsteam zijn. Bij toepassing van de plusvariant zal dat laatste het geval zijn. Vervolgens zal de zorgaanbieder gevraagd worden een ondersteuningsplan aan te leveren voor de 'extra' inzet. Wanneer het ondersteuningsplan is ontvangen wordt de 301 'opdracht tot levering' (via iWmo) afgegeven. In situaties wanneer de zorgaanbieder al een ondersteuningsplan (voor de extra inzet) heeft aangeleverd kunnen 301a en 301 in één keer afgehandeld worden.</p> <p>De plusvariant is aanvullend op een BT of BTS bouwsteen. De toekenning van de plusvariant heeft geen effect op de 'lopende' beschikking voor BT of BTS.</p> <p>Wanneer bij de start van een ondersteuningstraject direct de toepassing van een plusvariant nodig is zal zowel een 301a en 301 worden afgegeven voor BT of BTS als voor toepassing van de plusvariant.</p> <p>Dus om antwoord te geven op de vraag: De indicatie voor de plusvariant loopt af van rechtswege wanneer de indicatieperiode afloopt of zoveel eerder wanneer de extra inzet niet meer nodig is. In dat laatste geval zal de zorgaanbieder een 307 'stopzorg' afgeven. Dit heeft geen invloed op de afzonderlijke indicatie voor de bouwsteen BT of BTS. Bij het stoppen van de plusvariant hoeft dus geen nieuwe indicatie BT of BTS aangevraagd te worden.</p>
<p>9. Is de conclusie juist dat tevoren al bepaald dient te worden hoeveel uur extra nodig is over een periode langer dan 6 weken. Bent u het met ons eens dat hiermee de flexibiliteit van de plusvariant ondermijnd wordt?</p>	<p>Voor het afgeven van een indicatie van de plusvariant heeft de gemeente een maximum nodig. Dat wordt in goed overleg tussen zorgaanbieder en gemeente afgesproken. De daadwerkelijke inzet kan daar van afwijken.</p> <p>Er zullen situaties zijn waarbij de praktijk afwijkt van de inschatting die betrokken partijen bij de start van het ondersteuningstraject gemaakt hebben. De situatie van een cliënt kan bijvoorbeeld verslechteren, of omstandigheden kunnen veranderen. Wanneer dit betekent dat de zorgaanbieder – gemiddeld – meer uren in zal moeten zetten dan vooraf als maximum is afgesproken, treden partijen (zorgaanbieder en gemeente) opnieuw in overleg. De indicatie kan worden aangepast.</p> <p>In deze laatste zin staat 'gemiddeld'. De benodigde inzet per week kan bij toepassing van de plusvariant een heel grillig verloop hebben. We willen voorkomen dat de zorgaanbieder 'iedere week' contact moet opnemen met de gemeente om de indicatie 'aan te passen'.</p>

<p>10. Bent u het met ons eens dat het onwenselijk is als hulpverleners voortdurend in het oog moeten houden of het afgesproken aantal uren wordt overschreden; dat dit tot extra administratieve last leidt; dat het risico bij de zorgaanbieder wordt gelegd, te meer omdat het werkelijk aantal ingezette uren wordt gedeclareerd. Pagina 6, bijlage 1, procedure, alinea 2</p>	<p>Zie beantwoording vraag 9. In principe worden alle gemaakt uren bij de plusvariant betaald. Alleen de gemeente wil graag dat er afstemming plaatsvindt wanneer een situatie 'substantieel' verandert. Dat 'toezicht' is zowel zorginhoudelijk, als financieel.</p>
<p>11. Is er bij de plusvariant sprake van twee berichten (zorgtoewijzingen), de 301 reguliere bouwsteen, en de 301a plusvariant? Onduidelijk in dit stadium is of onze cliëntsystemen hiermee om kunnen gaan terwijl er 1 beschikking is per inschrijving.</p>	<p>Zie beantwoording vraag 8. Het afgeven van een indicatie voor BT of BTS en het afgeven van een indicatie voor de plusvariant zijn twee aparte 301 berichten.</p>
<p>12. Wij hopen dat de administratieve lasten niet zullen toenemen. Zoals dit het geval lijkt te zijn bij inzet van de plusvariant. Daar waar het product BT en BTS een budget per zorgperiode is vastgesteld, moet voor de plusvariant een administratie worden bijgehouden op basis van uren.</p>	<p>De nieuwe inrichting van de individuele begeleiding beperkt de administratieve lasten. een aantal pilots/projecten, zoals de HZib krijgt nu een plaats binnen de iWmo. Dat geldt ook voor de noodverbandjes die vervangen worden door plusvariant. Het klopt dat anderzijds de toevoeging van de plusvariant met een urenregistratie extra werk genereert. Overigens verwacht SWVO dat zorgorganisaties ook voor de bouwstenen BT en BTS bijhoudt hoeveel uur zorg worden geleverd. I.p.v. CAK wil SWVO deze informatie vanaf 1 januari 2020 rechtstreeks ontvangen.</p>
<p>13. De nieuwe bouwstenen zijn gericht op begeleiding van 1 jaar. Er zijn indicaties afgegeven die langer lopen dan het moment dat de termijn van 1 jaar verstrijkt. Blijven de afgegeven indicaties geldig?</p>	<p>Ja</p>
<p>14. De plusvariant heeft een maximale looptijd van 1 jaar. Kan de looptijd van de plusvariant, indien noodzakelijk, verlengd worden?</p>	<p>Ja</p>
<p>15. Het bericht 301 werkt met een tarief voor een arrangement per cliënt per periode ongeacht het aantal uren. Het bericht 301a met een tarief per uur. Onduidelijk in dit stadium is of onze cliëntsystemen hiermee om kunnen gaan terwijl er 1 beschikking is per inschrijving.</p>	<p>Zie toelichting bij vraag 11</p>
<p><i>Pagina 7, tabel (beoogde) nieuwe situatie per 1-1-2020</i> 16. Tarief specialistisch is niet correct. Er is abusievelijk niet gerekend met 4 procent loonsverhogingen maar met 2 (zie tariefopbouw Excel document). Dit betekent dat het tarief BTS € 70,05 per uur is en per periode €700,50.</p>	<p>Is aangepast</p>
<p>17. In het rekenmodel is wel rekening gehouden met een cao-stijging voor 2019, maar niet voor 2020. Kan deze voor 2020 ook nog meegenomen worden?</p>	<p>Is aangepast</p>

<p>18. De werkelijke reiskosten liggen, met name voor specialistische aanbieders, hoger dan waar mee nu rekening is gehouden. Waar heeft het SWVO dit voorstel op gebaseerd? Er is nu geen onderscheid in reiskosten tussen basis en speciaal, terwijl dit o.i. niet terecht is. Wij stellen voor hiervoor een realistisch bedrag te hanteren en (in ieder geval bij specialistische begeleiding) uit te gaan van 3 euro (kunnen we eventueel nog nader onderbouwen).</p>	<p>SWVO heeft dit gebaseerd op de informatie die is verzameld vanuit de uitvraag in het vierde kwartaal van 2018 en de gesprekken daarover. Het bedrag is twee keer hoger dan het bedrag waar de gemeenten op Walcheren mee gerekend hebben. SWVO heeft ook geen verschil kunnen ontdekken tussen het reizen binnen de bouwstenen BT en BTS.</p>
<p>19. Ten slotte stellen we voor begeleiding specialistisch uit te gaan van hetzelfde aantal uren als bij begeleiding basis. We begrijpen de logica van het voorstel niet. Het aantal uren in het voorstel voor specialistische begeleiding verhogen, leidt tot een wat hoger tarief. In onze ogen kan daarmee voorkomen worden dat onnodig vaak de + variant moet worden ingezet. We vinden de (proces)voorstellen rondom de plusvarianten te omslachtig en stellen voor de voorziene inzet op deze plusvarianten te verwerken in het tarief voor specialistische begeleiding.</p>	<p>De rekengemiddelden liggen hoger dan het aantal uur dat zorgaanbieders daadwerkelijk inzetten. We hebben gesteld in de FO dat gemeente de aanpassing van de bouwstenen niet gebruikt om een bezuiniging door te voeren. Tegelijk hebben we gesteld dat gemeenten in 2020 (behoudens prijs en looncompensatie en een eventuele toename van het aantal cliënten) niet meer willen uitgeven dan het budget dat in 2019 wordt ingezet.</p>
<p>20. De strekking van onze reactie is dat we blij zijn met de beweging, maar dat de tarieven fors blijven afwijken van wat in andere regio's wordt gehanteerd. De bekostiging van begeleiding basis blijft aanzienlijk hoger (ruim 30%) dan het gemiddelde van andere regio's en de bekostiging van begeleiding specialistisch aanzienlijk lager (ruim 30%). In die regio's is dan geen sprake van een plusvariant. Dat is in de Oosterschelderegio wel het geval, het is alleen onzeker wat het effect hiervan is en wanneer dat precies ingezet gaat worden. Wij pleiten daarom conform bovenstaande voor de een aanpassing van het specialistische tarief naar boven, of een extra vaste bouwsteen.</p>	<p>We gaan het gebruik van de plusvariant tussentijds monitoren en na 1 jaar evalueren. Dit in nauwe afstemming met de klantmanagers van de GR en de gemeentelijke loketten. Naast de frequentie van de inzet van de plusvariant, monitoren en evalueren we ook de kenmerken van de situatie waarvoor de plusvariant wordt ingezet. We kiezen vooralsnog niet voor een tariefsverhoging of een extra vaste bouwsteen.</p>
<p>21. De AMvB reële prijs gaat uit van een reël tarief voor de geleverde diensten. Bij de tariefopbouw is gerekend met een verzuimpercentage van 5%. Het landelijk percentage van 2018 is in onze branche 7,12%.</p>	<p>Een verzuimpercentage van 5% ligt hoger dan de verzuimpercentages waar de meeste aanbieders binnen onze Deelovereenkomst v.w.b. de individuele begeleiding mee rekenen. wij zijn van mening dat we op deze wijze voldoende compenseren.</p>
<p>22. De sterke daling voor het tarief BT ten gunste van het tarief BTS, heeft voor ons grote gevolgen, namelijk een substantiële daling van de baten terwijl onze kosten stijgen. Daarom het verzoek aan u om het tarief voor BT te heroverwegen.</p>	<p>Dat klopt. Uit de inventarisatie en gesprekken met zorgorganisaties is gebleken dat de tarieven voor Begeleiding regulier (BT) hoger liggen dan wat zorgaanbieders gemiddeld in de praktijk nodig hebben. Ook in vergelijking met andere gemeenten/regio's liggen de tarieven hoger. Daarnaast heeft de fysieke overlegtafel ervoor gekozen om ook financieel een duidelijker onderscheid te maken tussen de twee bouwstenen.</p>
<p>23. CAK, zie opmerkingen bij 7</p>	<p>De CAK registratieplicht komt te vervallen. SWVO zal zorgaanbieders vragen uren rechtstreeks bij SWVO aan te leveren. Zie toelichting bij vraag 7.</p>

<p><i>Pagina 7, monitoring plusvariant</i> 24. Hoe kan worden beoordeeld of plusvariant ten onrechte wordt ingezet als er geen criteria zijn (zie pagina 5)? Hoe kan ten onrechte boven het maximum worden ingezet als hierover eerst akkoord moet zijn met gebiedsteam etc.?</p>	<p>Mee eens. Deze zin heeft betrekking op het tegengaan van fraude. Dus situaties voorkomen wanneer zorgorganisaties bewust verkeerde informatie verstrekken.</p>
<p><i>Pagina 8, plusvariant HH en HZib</i> 25. Gezien de competenties die van medewerkers worden gevraagd binnen de HZIB komen deze medewerkers in een hogere loonschaal dan de medewerkers die in de HHN/HHZ werken.</p>	<p>De uitvoering van de HZib is een aanvulling op de werkzaamheden van de medewerker HZ-R. We hanteren hetzelfde tarief als bij HZ-R. Dat is ook het uitgangspunt geweest bij uitvoering van de pilot.</p>
<p>26. Voor wat betreft de plusvariant voor de HH. Ik heb grote moeite met het gegeven dat extra uren pas vanaf 5 uur extra worden toegekend. Voor ons is het bij de HH niet mogelijk te middelen.</p>	<p>Is aangepast</p>
<p><i>Pagina 11, praktisch/juridisch, 2e alinea</i> 27. Er wordt gesproken over een beschikking voor de plusvariant. Eerder is aangegeven (tabel pagina 7) dat de klant geen aparte beschikking krijgt voor de plusvariant. Is het mogelijk eenduidige terminologie te hanteren?</p>	<p>Is aangepast</p>
<p><i>Pagina 11, automatisering.</i> 28. Zie opmerkingen 11 en 12</p>	<p>Is aangepast</p>
<p><i>Pagina 12, communicatie, 1e bullet</i> 29. De toegang krijgt een training over de nieuwe voorzieningen en de criteria om hiervoor in aanmerking te komen. Wordt met criteria de werkwijze bedoeld? Eerder is op pagina 5, laatste alinea opgemerkt dat er geen criteria worden vastgelegd te voorkomen dat situaties ongewenst worden uitgesloten.</p>	<p>Is aangepast</p>
<p><i>Pagina 14-15, waakvlam, 1e alinea,</i> 30. Cliënten hebben vaak behoefte om na een periode van ondersteuning en zorg om contact te onderhouden. Hiervoor wordt een nieuwe bouwsteen geïntroduceerd. Ontvangt de cliënt hiervoor een nieuwe beschikking?</p>	<p>Ja</p>
<p>31. Het voorstel is om voor de bouwsteen waakvlam een vast tarief per cliënt per zorgperiode te hanteren, dat gebaseerd is op het uurtarief BT. Bent u het met ons eens dat om dezelfde zorgprofessional te behouden ook hetzelfde uurtarief gehanteerd dient te worden omdat de kostprijs niet verandert.</p>	<p>De waakvlam is gericht op afschalen. Het is aan de zorgaanbieder om in te vullen welke professional wordt ingezet.</p>

<p><i>Pagina 15</i></p> <p>32. Er wordt vanuit gegaan dat de cliënt uiteindelijk geen ondersteuning meer nodig heeft. Wat als blijkt dat de cliënt toch méér ondersteuning nodig heeft? Kan er gemakkelijk worden opgeschaald? Is de zorgaanbieder dan in gebreke omdat het beoogde resultaat niet is behaald?</p>	<p>Wanneer een situatie verandert en bestaande inzet van bouwstenen niet langer past zal de zorgaanbieder contact opnemen met het Wmo loket voor een herindicatie. Deze werkwijze geldt nu ook. Betaling is niet afhankelijk van het resultaat. Wanneer de zorgaanbieder in gebreke blijft zal deze hierop aangesproken worden. Zie ook bijlage 3 en 11 van de Deelovereenkomst.</p>
<p><i>Waakvlamcontacten.</i></p> <p>33. Vanuit bestaande relatie met cliënt, snappen we de wens om waakvlamcontacten te mogen hanteren (soms is een dun lijntje houden genoeg om niet te destabiliseren), maar deze hebben het risico om dan oneindig te duren (want wanneer sluit je dat af?). We zijn van mening dat de inzet van waakvlamcontacten vanuit geïndiceerde zorg in tijd gelimiteerd moet worden en er tijdig een alternatief moet worden gezocht (netwerk, vrijwilliger of afschalen naar voorliggende voorziening). Vanuit de geïndiceerde zorg moet men toewerken naar overdracht door anderen (meer richting welzijn/ buurt/netwerk/vrijwilliger), zodat het niet nodig is om vanuit een maatwerkvoorziening een waakvlamcontact te organiseren. Je moet hier dan tijdig mee beginnen (mensen moeten altijd wennen, zeker als er lang zorg is ingezet). Waakvlamcontacten vanuit geïndiceerde zorg zou echt uitzondering moeten zijn, want je geeft aanbieders de mogelijkheid om dossiers open te houden, terwijl er niet de prikkel in zit om te zoeken naar alternatieven.</p> <p>Kortom: limiteren in tijd, tijd benutten om alternatieven te zoeken en resultaten koppelen aan reden van inzet waakvlamcontact (bijv. omdat het niet lukt om mensen over te dragen of passende voorzieningen ontbreken (dit signaal moet dan wel worden doorgezet naar een overleg waar gemonitord wordt of voorliggende voorzieningen voldoende zijn of aansluiten op behoeften van doelgroepen).</p>	<p>We zijn het hier mee eens. De waakvlam alleen wordt toegekend als er geen alternatieven (netwerk, vrijwilliger, buurt) voorhanden zijn die kunnen fungeren als ‘vinger aan de pols’. De periode waarin de ‘waakvlam’ actief is wordt benut om alternatieven te ontwikkelen/vinden.</p>
<p>34. Met betrekking tot de Waakvlam, hebben we onderstaande vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het tarief is gebaseerd op 1 uur in de 4 weken. Als de zorgverlener inschat dat 1 uur te weinig is, is het dan beter een indicatie aan te vragen in plaats van de waakvlam in te zetten? -het tarief van de waakvlam is gebaseerd op 1 uur per 4 weken. Dit is erg weinig aangezien er vaak nog reistijd en reiskosten bijkomen. Ook dient de verslaglegging gedaan te worden binnen dit uur. Is het mogelijk om het aantal uren uit te breiden naar 2 uur per 4 weken? 	<p>De waakvlam is een vast bedrag. 1 uur per 4 weken gedurende een jaar hebben we gebruikt voor de berekening. In de uitvoering van de waakvlam zal dat heel verschillend zijn, omdat hier maatwerk nodig is. Wanneer een waakvlam nodig is, ter afronding van een traject ‘individuele begeleiding’ past het dus niet – als antwoord op deze vraag – om een indicatie BT of BTS aan te vragen.</p> <p>Zorgaanbieders ontvangen een vast bedrag als waakvlam, ongeacht de periode dat de waakvlamindicatie loopt. We hebben gerekend met 13 uur. Die 13 uur kunnen zij flexibel inzetten, afhankelijk van de behoefte bij de cliënt en nog even los van de mogelijkheid te middelen tussen cliënten.</p> <p>We werken met inclusieve uurtarieven. Reistijd, reiskosten, verslaglegging, etc, zit verwerkt in het uurtarief.</p>

<p>- is de cliënt per periode een CAK bijdrage verschuldigd of betaalt de cliënt een eenmalige CAK bijdrage?</p> <p>- Regio moet zorgen voor een voorliggende voorziening. Onze cliënten zijn hier meestal niet geschikt voor. Wie bepaalt of een cliënt in de waakvlamconstructie komt, van een voorliggende voorziening gebruik moet maken of een maatwerkvoorziening krijgt?</p>	<p>De werkwijze met de CAK bijdrage is gelijk aan de werkwijze bij de andere bouwstenen. Gedurende de looptijd van de indicatie betaald de cliënt een eigen bijdrage per periode – mitsondersteuning heeft plaatsgevonden.</p> <p>De toegang bepaalt, na het onderzoek (keukentafelgesprek, etc.), of een cliënt in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening en zo ja, welke. De zorgaanbieder neemt contact op met de toegang wanneer hij/zij van mening is dat de ‘individuele begeleiding’ kan worden gestopt, maar dat een waakvlam nodig is om de cliënt op een verantwoorde en veilige manier ‘los te laten’.</p>
<p>35. We vragen aandacht vragen voor de ontwikkelingen in technologie zodat bijvoorbeeld ook digitaal een intensieve begeleiding kan worden opgezet.</p>	<p>De huidige Deelovereenkomst biedt ruimte voor zorgaanbieders om ook technologie in te zetten. Wanneer dat geen afbreuk doet aan de kwaliteit van de ondersteuning is de zorgaanbieder vrij om bijvoorbeeld ‘beeldbellen’ in te zetten om cliënten – ook extramuraal - te kunnen ondersteunen.</p>