

Opzetten samenwerking gemeente - zorgverzekeraar

Adviezen mede gebaseerd op de samenwerking
gemeente Nijmegen en VGZ



Marc Soeters
Gerrold Verhoeks

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Opzetten samenwerking gemeente - zorgverzekeraar

Adviezen mede gebaseerd op de samenwerking
gemeente Nijmegen en VGZ

Inhoud

1	Inleiding	3
	Maatschappelijk belang samenwerking zorgverzekeraar - gemeente	3
	Samenwerking in het belang van zowel gemeente als zorgverzekeraar	3
	Doel en opbouw rapportage	4
2	Samenwerking gemeente Nijmegen en VGZ	5
	Inhoud van de samenwerking	5
	Organisatie van de samenwerking	7
	Cultuur van de samenwerking	8
	Financiering van de samenwerking	9
	Wijkgerichte aanpak	10
3	Tien adviezen voor succesvolle samenwerking	12

Hoofdstuk 1 – Inleiding

Maatschappelijk belang samenwerking zorgverzekeraar - gemeente

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn de financiers van zorg en welzijn en daarmee belangrijke partijen bij het organiseren van de zorg, ondersteuning en preventie. Waar in de wetgeving scheidingen bestaan tussen zorg en welzijn en wie waarvoor verantwoordelijk is, is dit bij mensen met problemen niet zo simpel. Problemen van burgers houden zich immers meestal niet aan stelselgrenzen. Voor mensen met problemen en hulpvragen in hun leven is het lang niet altijd duidelijk of het gaat om zorg- of welzijnsvragen. Vaak kent een probleem ook meerdere invalshoeken en aspecten. Daarbij moet voorkomen worden dat voor sociale problemen (bijvoorbeeld schuldenproblematiek) medische oplossingen worden gezocht. Ook is het niet de bedoeling dat medische oorzaken (bijvoorbeeld onbehandelde GGZ problematiek) leiden tot maatschappelijke problemen zoals overlast.

Gemeenten en Zorgverzekeraars hebben een gezamenlijk belang bij het gezond houden van burgers en voorkomen van (zwaardere) zorg- en hulpvragen. Onnodige medicalisering en onnodige afhankelijkheid moeten voorkomen worden. Participatie moet bevorderd worden, juist op de domeinen zorg en welzijn. Door samen te investeren in preventie, vroegsignalering, gezondheidsbevordering, sterke wijken en een goede verbinding tussen het sociale en het medische domein kan de inzet van dure vormen van zorg verminderd worden. Een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is vanuit maatschappelijk oogpunt zeer wenselijk.

Samenwerking in het belang van zowel gemeente als zorgverzekeraar

Tabel 1.1 geeft een beknopt overzicht van het belang van intensieve samenwerking tussen een zorgverzekeraar en een gemeente voor betrokkenen.

Belang voor burgers	<ul style="list-style-type: none">• Betere samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn
Belang voor gemeente	<ul style="list-style-type: none">• Verkrijgen kennis over inkoop van zorg• Vitale samenleving door gezonde burgers
Belang voor zorgverzekeraar	<ul style="list-style-type: none">• Grotere zichtbaarheid in regio• Mogelijke besparingen zorguitgaven door preventie, vroegsignalering en voorkomen van onnodige medicalisering
Belang voor zorgverzekeraar én voor gemeente	<ul style="list-style-type: none">• Op elkaar afgestemde zorg en ondersteuning voor verzekerden/burgers• Verbetering gezondheidstoestand van verzekerden/burgers• Uitwisseling gegevens en kennis over (ontwikkelingen in) wijken• Mogelijke verbetering van de doelmatigheid van zorg en ondersteuning

Doel en opbouw rapportage

De gemeente Nijmegen, het Zorgkantoor VGZ en de Coöperatie VGZ (hierna: VGZ) werken al jaren succesvol samen op het snijvlak van welzijn, ondersteuning, preventie en zorg. Deze partijen hebben hun samenwerking medio 2012 vastgelegd in een convenant. De afgelopen jaren is het convenant concreet uitgewerkt in vier deelprojecten: Wijknetwerken, Bewegen, GGZ en Ouderenzorg. Het convenant loopt eind 2014 af. De gemeente Nijmegen en VGZ benutten 2014 om afspraken te maken over de verdere versterking van de onderlinge samenwerking voor de komende jaren.

Met deze rapportage over de samenwerking tussen de gemeente Nijmegen en VGZ willen ZonMw en ZorgmarktAdvies bijdragen aan succesvolle samenwerkingen tussen andere gemeenten en zorgverzekeraars. Hoofdstuk 2 geeft een feitelijke beschrijving van de samenwerking tussen de gemeente Nijmegen en VGZ. In dit hoofdstuk wordt ook ingegaan op de uitgangspunten die de gemeente Nijmegen en VGZ hanteren voor de financiering van samenwerkingsprojecten. Vervolgens geeft hoofdstuk 3 adviezen over het succesvol opzetten en uitbouwen van een samenwerkingsrelatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

Hoofdstuk 2 – Samenwerking gemeente Nijmegen en VGZ

Inhoud van de samenwerking

De gemeente Nijmegen en VGZ werken al enkele jaren succesvol samen op het snijvlak van welzijn, ondersteuning, preventie en zorg. De samenwerking tussen de gemeente Nijmegen en VGZ strekt zich concreet uit over die terreinen waar de volgende wetten elkaar raken:

- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- Wet publieke gezondheid (Wpg)

Deze partijen hebben hun samenwerking medio 2012 vastgelegd in een convenant.

Het convenant kent de volgende doelen:

- Opname uitstellen / mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen
- Participatie bevorderen
- Samenwerken op het terrein van de Wmo-prestatievelden 7, 8 en 9 (i.c. opvang, bevorderen oGGZ en bevorderen verslavingsbeleid)
- Van curatie naar preventie

De afgelopen jaren is het convenant door de gemeente Nijmegen en VGZ concreet uitgewerkt in vier aparte 'sporen' of 'deelprojecten':

1. Deelproject Wijknetwerken

Het deelproject Wijknetwerken richt zich op de organisatie van sociale wijkteams, waarbij werkers vanuit verschillende disciplines met een generalistische grondhouding de zorg- en welzijnstaken in een wijk oppakken. Dat doen ze enerzijds door actieve ondersteuning van mensen, anderzijds door het stimuleren van zelfredzaamheid en collectieve activiteiten.

2. Deelproject Bewegen

Het deelproject Bewegen richt zich op het in gezamenlijkheid meer invulling geven aan preventie: voorkomen van ziekte (of erger), problematiek en kosten.

3. Deelproject GGZ

Het deelproject GGZ richt zich op het verlagen van het beroep op GGZ-zorg. GGZ-zorg is de zorgsoort waarbij Nijmegen ten opzichte van de landelijke benchmark het meest uit de pas loopt.

4. Deelproject Ouderenzorg

Het deelproject Ouderenzorg richt zich op voortgaande ontwikkeling in de samenwerking van wonen, welzijn en zorg om betere wegen te vinden om kwetsbare ouderen adequate ondersteuning te bieden.

Tabel 2.1 bevat een beknopt overzicht van de begin 2014 behaalde resultaten per deelproject.

Het convenant loopt eind 2014 af. De gemeente Nijmegen en VGZ benutten 2014 om afspraken te maken over de verdere versterking van de onderlinge samenwerking voor de komende jaren. De samenwerkingsafspraken zullen worden vastgelegd in een nieuw convenant voor de komende jaren. Daarbij zal primair worden uitgegaan van de reeds lopende deelprojecten. Bij de lopende deelprojecten bezien beide partijen welke gezamenlijke ambities zij hebben voor de komende jaren. Naast de huidige deelprojecten willen de gemeente Nijmegen en VGZ in de toekomst ook een apart programma 'Monitoring' opzetten. Ook zal het onderwerp 'Wonen met zorg' duidelijk zichtbaar worden opgenomen in met name de programma's 'Ouderen en dementie' en 'GGZ'.

Tabel 2.1 – Behaalde resultaten per deelproject (stand: begin 2014)

Deelproject Wijknetwerken

Na de start van de eerste twee sociale wijkteams april-juni 2012 (Lindenholt en Hatert) is in oktober 2012 het team in Dukenburg van start gegaan en voorjaar 2013 het vierde team in Noord. Voor 2014 richt men zich ondermeer op continuering van de opgerichte vier sociale wijkteams en op oprichting en continuering van zeven (nieuwe) sociale wijkteams in de overige wijken in Nijmegen¹.

Deelproject Bewegen

Een deel van de preventieve acties gericht op bewegen is gerealiseerd. Een positieve ontwikkeling is de introductie van gezondheidsmakelaars en de verbinding die zij leggen naar het veld (o.a. de sociale wijkteams). Ook de interventies voor kinderen met overgewicht ('Beweegpret') en valpreventie zijn goed van de grond gekomen. Het opzetten van gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's) voor volwassenen loopt daarentegen minder voorspoedig dan gepland.

Deelproject GGZ

In het deelproject GGZ worden verschillende ontwikkelingen in de GGZ met elkaar verbonden. Dit heeft geleid tot ondermeer de volgende concrete resultaten:

- In 2013 is de basis GGZ volgens planning in kaart gebracht en uitgerold in de wijken Lindenholt, Dukenburg en Hatert. In 2014 wordt de basis GGZ verder in Nijmegen programmatisch uitgerold en waar mogelijk verbonden aan de wijkteams en regieteams
- Per december 2013 zijn er 10 praktijken met 42 huisartsen met een POH-GGZ gerealiseerd (bereik van 60.000 verzekerden)
- De preventieprogramma's GGZ/depressie worden gestart maar lopen achter op schema

Deelproject Ouderenzorg

In het deelproject Ouderenzorg ligt het accent op de wijken Hatert, Dukenburg en Lindenholt. De volgende resultaten zijn geboekt in 2013:

- De huisartsen in de 3 pilotwijken werken met de methodieken uit het Nationaal Programma Ouderen (NPO)
- In de wijken Dukenburg en Hatert heeft elke complexe kwetsbare oudere een zorgplan en wordt er door alle partijen gewerkt conform dit zorgplan
- In de wijken Dukenburg en Hatert heeft elke complexe kwetsbare oudere een direct aanspreekpunt in de huisartsenpraktijk (casemanager verbonden aan wijkteam)

¹ Formeel valt het opzetten en continueren van de zeven nieuwe sociale wijkteams buiten het convenant.

Organisatie van de samenwerking

10 mei 2012 ondertekenden de gemeente Nijmegen en VGZ een samenwerkingsconvenant met een looptijd van drie jaar (2012 tot 2015). Beide partijen hebben de ambities uit het convenant concreet gemaakt in vier deelprojecten. Voor het deelproject Wijknetwerken heeft de gemeente Nijmegen het projectplan opgesteld. Bij de andere deelprojecten Beweging, GGZ en Ouderenzorg zijn de gemeente Nijmegen en VGZ gezamenlijk opgetrokken. De gemeente Nijmegen en VGZ hebben ervoor gekozen om bij de uitvoering van de deelprojecten te starten in drie pilotwijken: Dukenburg, Hatert en Lindenholt. Daarnaast is de gemeente een pilot met een wijknetwerk gestart in Nijmegen Noord. Voor sommige onderdelen geldt dat er inmiddels een uitrol over de gehele stad plaatsvindt (bv. basis-GGZ en sociale wijkteams).

De samenwerking tussen de gemeente Nijmegen en VGZ valt het beste te karakteriseren als een collegiale samenwerking. De persoonlijke verhoudingen, zowel op ambtelijk als op bestuurlijk niveau, zijn erg goed. Beide partijen gunnen elkaar successen en trekken zichtbaar samen op (bv. gezamenlijke presentaties in het land). Het bestaan van een gedeelde visie op een wijkgerichte aanpak is een tweede verklarende factor voor de succesvolle samenwerking tussen de gemeente Nijmegen en VGZ.

Er zijn twee soorten formeel overleg tussen de gemeente Nijmegen en VGZ:

1. Ambtelijk overleg

Aan het ambtelijk overleg nemen alleen vertegenwoordigers van de gemeente Nijmegen en VGZ deel. Het ambtelijk overleg komt ongeveer één keer per vier à zes weken bijeen. Het ambtelijk overleg wordt vooral benut om informatie uit te wisselen en de besluitvorming in het regie-overleg voor te bereiden.

2. Regie-overleg

Naast het ambtelijk overleg bestaat er een bestuurlijk overleg (i.c. 'regie-overleg') dat ongeveer om de twee maanden gehouden wordt. Vanuit de gemeente Nijmegen neemt de wethouder Zorg/Welzijn/Wonen deel aan dit overleg. Vanuit VGZ nemen ondermeer twee managers (één vanuit zorgkantoor en één vanuit zorgverzekeraar) deel aan het regie-overleg. Het regie-overleg heeft ondermeer de volgende taken:

- Vormgeven bestuurlijke samenwerking tussen de convenantpartijen
- Op bestuurlijk niveau uitwisselen van informatie tussen convenantpartijen
- Vaststellen deelprojecten
- Monitoren voortgang en resultaten deelprojecten
- Nemen strategische besluiten over start, uitvoering en beëindiging deelprojecten

Bij de uitvoering van de deelprojecten is er veelvuldig contact geweest tussen vertegenwoordigers van de gemeente Nijmegen en VGZ (soms zelfs dagelijks). Over de uitvoering van de deelprojecten hebben de gemeente Nijmegen en VGZ ook veel overleg gevoerd met stakeholders, waaronder de aanbieders van zorg en welzijn. Vertegenwoordigers van aanbieders van zorg en welzijn nemen echter geen zitting in het ambtelijk overleg en het regie-overleg. Dit is uit het oogpunt van gescheiden verantwoordelijkheden logisch. De gemeente Nijmegen en VGZ hebben immers ten opzichte van de aanbieders een rol als regisseur en opdrachtgever, terwijl de aanbieders verantwoordelijk zijn voor de uitvoering.

Naast het convenant en de deelprojecten werken de gemeente Nijmegen en VGZ ook met elkaar samen rond de collectieve zorgverzekering voor inwoners met een laag inkomen². Het gaat hierbij om een zorgverzekering waarbij de dekking is uitgebreid met extra vergoedingen voor kosten zoals bijvoorbeeld brillen, fysiotherapie of de tandarts. VGZ geeft hierbij korting en de gemeente betaalt een deel van de premie.

Gesprekken met buurgemeenten zijn pas opgestart in het kader van de transitie maatregelen van het kabinet. Wel bestaat er de pragmatische afspraak dat de gemeente Nijmegen de opbrengsten van de samenwerking met VGZ deelt met de regiogemeenten. Tot op heden zijn er geen andere zorgverzekeraars aangesloten bij de samenwerking tussen de gemeente Nijmegen en VGZ.

Het samenwerkingsconvenant tussen de gemeente Nijmegen en VGZ loopt eind 2014 af. Partijen hebben het voornemen een nieuw convenant te sluiten. Daarbij zal primair worden uitgegaan van de reeds lopende deelprojecten met daaraan toegevoegd een deelproject 'Monitoring'. De belangrijkste veranderingen ten aanzien van de vormgeving van de samenwerking zijn:

- Er komt een (meerjarige) programmatische aanpak, waarbij vanuit een gezamenlijke visie enkele prioritaire thema's worden vastgesteld en nader worden uitgewerkt in uitvoeringsprogramma's die jaarlijks geactualiseerd kunnen worden.
- Door de verschuiving van AWBZ-taken naar de Zvw en het grotendeels beperken van de Wlz tot intramurale zorg (v.w.b. zorgzwaarte) zal in de samenwerking de rol van het zorgkantoor en zijn aandeel in de financiering kleiner worden en de rol van de zorgverzekeraar en zijn aandeel in de financiering juist groter worden.

Cultuur van de samenwerking

Ook de cultuur speelt een rol bij het succes van de samenwerking. Bij de samenwerking tussen de gemeente Nijmegen en VGZ zijn hierbij in ieder geval de volgende punten van belang:

1. Goede relaties

Bestaande contacten tussen de gemeente Nijmegen en VGZ speelden een belangrijke rol bij het tot stand komen van de samenwerking. Doordat het hoofdkantoor van VGZ tot en met 2009 in Nijmegen gevestigd was, bestonden er al relatief veel contacten tussen gemeente en zorgverzekeraar. Dit is een belangrijke verklaring voor de succesvolle start van de samenwerking.

2. Oog voor de belangen en cultuur van de andere partij

Samenwerking tussen een gemeente en een zorgverzekeraar kan alleen een succes worden als beide partijen oog willen hebben voor de belangen van de andere partij. Beide partijen moeten daarbij aan elkaar wennen. Zie tabel 2.2 voor enkele voorbeelden. De gemeente Nijmegen en VGZ hebben beide tijd genomen om aan elkaar te wennen en elkaars cultuur en beweegredenen te leren kennen en te begrijpen.

² De gemeente Nijmegen heeft daarnaast ook een collectief contract voor sociale minima met zorgverzekeraar CZ.

Tabel 2.2 – Wennen aan elkaar

<p>De zorgverzekeraar moet bij de gemeente wennen aan:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het onderscheid tussen de ambtelijke organisatie en de politieke organisatie • Het ontbreken van besluitvorming op basis van businesscases • De hoeveelheid verschillende ambtenaren die betrokken zijn
<p>De gemeente moet bij de zorgverzekeraar wennen aan:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het feit dat zorgverzekeraars meer zijn dan alleen betalingskantoren en niet 'op een grote pot met geld zitten' • De zakelijke manier van besluitvorming op basis van businesscases en de commerciële motieven die een rol spelen bij het nemen van besluiten • Het verschil in opstelling tussen de afdeling Zorginkoop en de afdeling Commercie

3. Elkaar successen gunnen

De gemeente Nijmegen en VGZ gunnen elkaar successen. Dit is cruciaal voor een goede samenwerking. Beide partijen moeten immers ook iets te winnen hebben bij de samenwerking. Elk van beide partijen moet soms bereid zijn om iets te doen of te laten om de andere partij te kunnen laten scoren.

Financiering van de samenwerking

De gemeente Nijmegen en VGZ (zorgkantoor en zorgverzekeraar) werken samen op gebieden waar ieders verantwoordelijkheden elkaar raken. Gemeente en zorgverzekeraar zijn zelf verantwoordelijk voor de financiering van hun eigen taken. Een deel van de taken heeft echter grote raakvlakken met elkaar. Bijvoorbeeld op het gebied van de sociale wijkteams waarin onder andere wijkverpleegkundigen (nu nog AWBZ) samenwerken met welzijnswerkers (Wmo). Voor de financiering van gezamenlijke activiteiten als een wijkteam hanteren de gemeente Nijmegen en VGZ een aantal uitgangspunten:

1. Afspraken over financiering per samenwerkingsactiviteit

Voor de gemeente Nijmegen en VGZ staat de inhoudelijke doelstelling bij een samenwerkingsproject voorop. Alleen als duidelijk is wat de inhoudelijke doelstelling is van een project en wat het verwachte resultaat is, kan worden bepaald hoeveel geld men over heeft voor een project.

2. Duidelijk aan bestaande taken toewijsbare kosten worden betaald door de verantwoordelijke uitvoerder

Projecten als een sociaal wijkteam bestaan deels uit kosten voor taken die duidelijk zijn toe te wijzen aan één van de samenwerkingspartners. De inzet van welzijnswerk valt bijvoorbeeld onder de verantwoordelijkheid van de Wmo en wordt daarom betaald door de gemeente Nijmegen. De inzet van wijkverpleegkundige zorg valt (nu nog) onder de AWBZ en wordt betaald door zorgkantoor VGZ. Voor bijvoorbeeld de extra kosten van de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige in het wijkteam is wel andere financiering geregeld (deels uit landelijke middelen programma 'Zichtbare Schakel' en deels via extra middelen vanuit het convenant, zie ook punt 5).

3. Structurele kosten worden niet met tijdelijke projectgelden gefinancierd

De gemeente Nijmegen en VGZ hanteren als uitgangspunt dat structurele uitgaven niet met tijdelijke projectgelden worden betaald. Hiermee wordt voorkomen dat activiteiten moeten worden stopgezet zodra de projectgelden worden stopgezet.

4. Structurele kosten worden 'nieuw voor oud' gefinancierd

Kosten die duidelijk zijn toe te wijzen aan één van beide partijen zijn veelal ook structurele kosten voor ondersteuning en zorg. De gemeente Nijmegen en VGZ hanteren voor structurele kosten het uitgangspunt 'nieuw voor oud': de financiering van nieuwe activiteiten wordt geregeld door te besparen op bestaande voorzieningen. Met een nieuwe werkwijze als sociale wijkteams ligt dit ook voor de hand. Het betreft immers in principe dezelfde groep burgers die door dezelfde groep hulpverleners wordt ondersteund. Alleen de werkwijze van de aanbieders is gewijzigd.

5. Niet duidelijk toewijsbare kosten worden voor 50% gedeeld

Een deel van de kosten is niet duidelijk toe te wijzen aan één van de samenwerkingspartners. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van beleidsadviseurs van de gemeente en van VGZ, de opstartkosten van de wijkteams en de kwartiermakers van de wijkteams. De gemeente Nijmegen en VGZ hebben afgesproken om dergelijke kosten elk voor 50% te dragen. Vaak betreft deze categorie tijdelijke projectkosten, soms gaat het echter ook om structurele kosten.

Wijkgerichte aanpak

Een belangrijk onderdeel van de samenwerking tussen de gemeente Nijmegen en VGZ zijn de sociale wijkteams. De sociale wijkteams in Nijmegen bieden vanuit verschillende disciplines generalistische zorg en ondersteuning in de wijk. De sociale wijkteams in Nijmegen richten zich op alle doelgroepen, alle leeftijden en alle leefgebieden. De taken van het sociale wijkteam zijn integrale vraagverheldering, het opstellen en coördineren van een zorg- en welzijnsplan op maat, toegangsbepaling (beperkt tot hulp bij het huishouden), kortdurende ondersteuning, casusregie bij specialistische hulp en het versterken van een sociaal netwerk. Ook hebben sociale wijkteams een rol bij het organiseren van wijkactiviteiten.

Signalen en casussen worden uit diverse hoeken gemeld bij de teams: door huisartsen, woningbouwcorporaties, scholen, wijkagenten, kerken, moederorganisaties, regieteam, wijkcentra, Wmo-loketten en vanuit het sociale wijkteam zelf.

De sociale wijkteams functioneren in samenhang met andere voorzieningen voor zorg en ondersteuning in de wijk. Voor de eenvoudigere vragen kunnen burgers terecht bij de STIP's (steunpunten in de wijk voor informatie, advies en ontmoeting). Voor ingewikkelde casussen kan worden opgeschaald naar o.a. regieteam voor multiprobleemhuishoudens en FACT-teams. Voor langdurige en/of specialistische zorg en ondersteuning worden reguliere aanbieders van zorg en ondersteuning ingeschakeld.

Tabel 2.3 – Samenstelling wijkteams Nijmegen

Organisatie	Vorm van ondersteuning of zorg	Financier	Beschikbaar Aantal / uren ³
ZZG zorggroep	Verpleging en verzorging	Tijdelijke middelen Rijk en extra geld vanuit convenant voor beschikbaarheid wijkverpleging in team	2 x 16
Interlokaal	Kleurrijk welzijn	Gemeente*	1 x 8
Swon het seniorennetwerk	Welzijn, begeleiding gericht op ouderen	Gemeente* Zorgkantoor	1 x 16
NIM	Maatschappelijk werk	Gemeente*	1 x 16
MEE	Advies, cliëntondersteuning	Zorginstituut NL (AWBZ subsidie)	1 x 16
Tandem	Welzijn	Gemeente*	1 x 16
POH – ggz	Bepalen, voorkomen en verlenen van psychische zorg	Zorgverzekeraar	1 x 8
Wmo - consulent	Afhandelen aanvragen individuele Wmo-voorzieningen (vooralsnog alleen voor Hulp bij huishouden)	Gemeente	1 x 16
Kwartiermaker	Organisatorische ondersteuning aan team	Geld vanuit convenant	1 x 16

* Financiering uit reguliere subsidies van gemeente 'nieuw voor oud'

Zoals in heel veel gemeenten is er in Nijmegen voor gekozen de leden van de sociale wijkteams in dienst te laten van de bestaande zorg- of welzijnsaanbieders. Het uitvoerende werk van de teamleden van de sociale wijkteams vindt grotendeels plaats vanuit de reguliere budgetten van betrokken welzijnsinstellingen. Ook de inzet vanuit de AWBZ is grotendeels 'nieuw voor oud' gefinancierd. Er is een doelmatigheidskorting opgelegd aan de betrokken AWBZ-aanbieder. De hierdoor beschikbaar gekomen middelen voor het convenant zijn via dezelfde aanbieder ingezet voor de bekostiging van wijkverpleging in de sociale wijkteams.

³ De samenstelling van de wijkteams verschilt enigszins per wijk. Bovenstaande samenstelling is gebaseerd op de drie sociale wijkteams die al in 2013 actief waren (quick scan augustus 2013). De gepresenteerde samenstelling in combinatie met het aantal teamleden en de ureninzet per week komt in minimaal twee van de drie wijkteams voor.

Hoofdstuk 3 – Tien adviezen voor succesvolle samenwerking

Advies 1

Ga voor het succesvol opstarten van de samenwerking op zoek naar mensen bij de gemeente en bij de zorgverzekeraar die energie hebben om vernieuwing uit te denken en voldoende positie om vernieuwing door te voeren.

Advies 2

Realiseer dat een kleine gemeente alleen tot een succesvolle samenwerking met een zorgverzekeraar zal komen als de gemeente samen met andere gemeenten op regionaal niveau de samenwerking met de zorgverzekeraar zoekt.

Advies 3

Maak als start van de samenwerking gezamenlijk allereerst afspraken over de volgende zaken en leg de afspraken bij voorkeur vast in een convenant:

- De gedeelde visie: doelen en ambities van de samenwerking
- Doelgroepen
- Geografische reikwijdte: gehele stad/gemeente, gehele regio of enkele (pilot)wijken
- Inhoudelijke reikwijdte en prioritaire thema's
- Duur van de samenwerking
- Financiering

Kies bij het opstarten van een samenwerkingsrelatie niet voor een te grote geografische reikwijdte, maar experimenteer liever in enkele pilotwijken. Zie box 3.1 over het vaststellen van de inhoudelijke reikwijdte van de samenwerking. Wees zeer selectief bij het kiezen van de prioritaire thema's. Handhaaf de gekozen thema's over een langere periode (minimaal enkele jaren), zodat daadwerkelijk concrete resultaten geboekt kunnen worden. Zie tabel 3.2 voor een overzicht van potentiële samenwerkingsthema's.

Box 3.1 – Vaststellen inhoudelijke reikwijdte samenwerking

Op dit moment ligt het voor de hand om te kiezen voor de reikwijdte van 'zorg, welzijn en preventie' waarbij het dan concreet gaat om de volgende wetten: AWBZ, Zvw, Wmo en Wpg. Naar de toekomst toe dienen minimaal de volgende twee vragen beantwoord te worden:

1. Valt de Wet langdurige zorg (Wlz) onder de reikwijdte van de samenwerking?

Vanaf 1 januari 2015 is een gelijktijdig beroep op de Wlz en de Wmo niet meer aan de orde. De Wlz omvat de intramurale langdurige zorg. Extramurale langdurige zorg valt bijna geheel onder de Zvw en de Wmo. Het is de vraag in hoeverre de samenwerking tussen een zorgverzekeraar en een gemeente ook betrekking moet hebben op de Wlz, gezien het feit dat er geen sprake kan zijn van overlap met het gemeentelijke domein.

2. Welzijn of het gehele sociale domein?

Vanaf 1 januari 2015 krijgen gemeenten niet alleen taken overgeheveld vanuit de AWBZ, maar worden zij ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet, de Participatiewet en inkomenssteun chronisch zieken en gehandicapten. Dit werpt de vraag op of de reikwijdte van de samenwerking tussen een gemeente en een zorgverzekeraar verbreed moet worden naar het gehele sociale domein in plaats van alleen het welzijn / de Wmo.

Tabel 3.2 – Overzicht potentiële samenwerkingsthema's

<p>Samenwerking rond transitievraagstukken⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Warme overdracht cliënten en continuïteit van ondersteuning en zorg per 1 januari 2015 • Gevolgen extramuralisering en herstructurering vastgoed • Inrichting sociale wijkteams • Rol en positionering wijkverpleegkundige • Onderlinge informatie- en gegevensuitwisseling • Gezamenlijke communicatie richting burgers/verzekerden
<p>Samenwerking rond organisatie van de zorg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informatieverstrekking aan burgers/verzekerden: integraal en dichtbij • Toegang tot zorg en welzijn, integrale indicatiestelling, één cliënt, één plan • Gebiedsgerichte zorg en welzijn, de wijkgerichte aanpak • Gezamenlijke inkoop en bekostiging (bv. populatiegerichte inkoop/bekostiging) • Monitoren en controleren van kwaliteit van geleverde zorg en ondersteuning • Ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers • Aansturing huisartsen • Afstemming optimale zorg-ICT in de regio • Faciliteren zelfmanagement • Delen van kennis en informatie over de omvang en aard van de problematiek, trends en knelpunten. Monitoren van ontwikkelingen in gezondheidstoestand van wijken • Collectiviteiten sociale minima
<p>Samenwerking op zorginhoud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbinden nulde, eerste en tweede lijn en realiseren substitutie • Zorg voor specifieke doelgroepen (bv. dementie, diabetes, COPD, multiprobleemgezinnen) • Vroegsignalering, preventie en gezondheidsbevordering (bv. valpreventie ouderen) • Maatschappelijke opvang, oGGZ, verslavingszorg, GGZ-zorg en beschermd wonen • Werk en gezondheid: combineren behandeling, begeleiding en re-integratie • Wonen en zorg (bv. ontwikkelen woonservicezones) • Sluitende GGZ-zorgketen: <ul style="list-style-type: none"> - Doorverwijzing huisarts (Zvw) naar jeugd-GGZ (gemeente) - Op- en afschalen tussen 'behandelen' (Zvw) en 'begeleiden' (gemeente) - Overgang van cliënt van jeugd-GGZ (gemeente) naar volwassenen-GGZ (Zvw)

Advies 4

Werk het convenant en de geselecteerde prioritaire thema's zo snel mogelijk uit in uitvoeringsprogramma's met concrete projecten met tastbare resultaten. Besteed daarbij ook aandacht aan de wijze waarop de uitvoering van de projecten en de te behalen resultaten gemonitord gaan worden.

Advies 5

Richt een adequate overleg- en besluitvormingsstructuur in, die bestaat uit een besluitvormend overleg op bestuurlijk niveau en een overleg gericht op informatie-uitwisseling en afstemming op ambtelijk niveau. Voor het behouden en uitbouwen van het wederzijdse commitment valt het te overwegen om elk uitvoeringsprogramma te laten leiden door een tandem van een gemeentelijke projectleider en een projectleider vanuit de zorgverzekeraar.

⁴ Bij de transitievraagstukken gaat het om tijdelijke thema's, die direct voortkomen uit het programma Hervorming langdurige zorg (Hlz). Vaak bespreken meerdere gemeenten uit een regio deze thema's reeds met de zorgverzekeraar(s) tijdens bijeenkomsten van een regionale transitietafel. De afspraken die aan een regionale transitietafel worden gemaakt kunnen eventueel worden vastgelegd in een convenant tussen de regiogemeenten en de zorgverzekeraar(s). In het geval één gemeente met een zorgverzekeraar overlegt over samenwerking, zoals in het geval van de gemeente Nijmegen en VGZ, is het beter de samenwerking en het convenant te richten op de langere termijn en aan de regionale transitietafel de noodzakelijke transitieafspraken te maken.

Advies 6

Besteed bij de start, maar ook daarna, minstens net zoveel aandacht aan cultuur- als aan structuuraspecten:

- Neem tijd om de andere partij te begrijpen
- Investeer in de onderlinge persoonlijke relatie van de hoofdrolspelers
- Houd oog voor de belangen en cultuur van de andere partij
- Gun elkaar successen: zoek actief naar win-winsituaties
- Wees open naar elkaar en benoem pijnpunten

Advies 7

Besef dat een zorgverzekeraar een commercieel bedrijf is:

- Een zorgverzekeraar streeft naar zoveel mogelijk verzekerden (bestaansrecht)
- Niet alle burgers zijn verzekerd bij dezelfde zorgverzekeraar
- Verzekerden kunnen jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar
- Voor het totstandbrengen van een intensieve samenwerking met een zorgverzekeraar is het behulpzaam als een gemeente haar sociale minima contract exclusief gunt aan de betreffende zorgverzekeraar

Besef dat een gemeente een politieke organisatie is:

- Voor voorstellen en besluiten moet zowel ambtelijke als politieke steun verworven worden
- De tijdshorizon is beperkt tot de volgende verkiezingen
- Zichtbaarheid speelt een belangrijke rol
- Een gemeente moet rekening houden met veel verschillende belangen en kan zich daarom niet altijd scherp uitspreken

Advies 8

Houd in de opstartfase het aantal direct betrokken partijen (i.c. ondertekenaars van een convenant) klein. Nadat de samenwerking enkele jaren loopt, kan overwogen worden om het aantal direct betrokken partijen uit te breiden door meer gemeenten aan te haken (bijvoorbeeld de kleinere gemeenten uit de regio) en/of door één of meer andere zorgverzekeraars te gaan betrekken. Zorg tegelijkertijd direct vanaf de opstartfase voor een goede afstemming met belangrijke stakeholders, zoals de aanbieders van zorg, welzijn en ondersteuning.

Advies 9

Hanteer de volgende principes bij het vormgeven van de financiering van de uitvoeringsprogramma's:

- Creëer duidelijkheid of de programma's onder directe verantwoordelijkheid en daarmee structurele financiering vallen van een uitvoerder (gemeente of zorgverzekeraar) of dat het activiteiten en vernieuwing betreffen die (nog) niet binnen bestaande structurele financiering een plek kunnen krijgen
- Financier structurele kosten niet met tijdelijke projectgelden
- Financier structurele kosten 'nieuw voor oud'
- Verdeel niet duidelijk toewijsbare kosten gelijkelijk over gemeente en zorgverzekeraar (en eventueel zorgkantoor)
- Indien besparingen worden verwacht, leg dan vast hoe deze gemonitord gaan worden en hoe deze zullen worden aangewend of verdeeld (shared savings aanpak)

Box 3.3 bevat een nadere uitleg over de mogelijkheden voor structurele financiering. Indien besparingen worden verwacht, leg dan vast hoe deze gemonitord gaan worden en hoe deze zullen worden aangewend of verdeeld (shared savings aanpak).

Box 3.3 – Mogelijkheden voor structurele financiering van preventie

Bij samenwerkingsprojecten tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten is over het algemeen een groot deel van de financiering geen probleem. Zolang de activiteiten duidelijk tot het domein behoren waarvoor een overheid of zorgverzekeraar verantwoordelijk is, is duidelijk wie daarvoor in principe kan betalen. Indien het activiteiten betreft waar niet duidelijk is onder wiens verantwoordelijkheid die vallen (zoals preventie), dan zijn er vaak ook mogelijkheden om de activiteiten te financieren.

Domein AWBZ-zorg

Voor de huidige AWBZ zorg geldt dat zorgkantoren voldoende zorg in hun regio moeten inkopen voor mensen die geïndiceerd zijn door het CIZ. Dit betekent enerzijds dat voor geïndiceerde functies als begeleiding en persoonlijke verzorging in theorie geen problemen zijn met financiering als:

- het een AWBZ functie betreft (begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging of behandeling)
- de cliënt geïndiceerd is voor de betreffende AWBZ functies
- de aanbieder die de ondersteuning en zorg levert een contract heeft met het zorgkantoor
- de AWBZ-zorg in het samenwerkingsproject apart gedeclareerd wordt

Bij samenwerkingstrajecten kunnen met name de eis van afzonderlijke indicatiestelling door het CIZ en de strikte beperking tot AWBZ-functies belemmeringen opwerpen voor financiering door het zorgkantoor. Deze belemmeringen kunnen, indien het zorgkantoor daarmee instemt, omzeilt worden via het onderdeel Advies, Instructie en Verzorging (AIV) van de functie verpleging. Met AIV is het mogelijk om (tijdelijk) zonder indicatiestelling zorg te bieden. Denk bijvoorbeeld aan een preventief huisbezoek bij een kwetsbare oudere. De prestatie AIV kan eventueel ook worden ingezet zonder een directe koppeling aan een individuele patiënt. Deze prestatie biedt daarom relatief veel mogelijkheden voor de financiering van innovatieve initiatieven.

Domein verzekerde zorg in Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet legt zorgverzekeraars met de zorgplicht de verplichting op om voldoende verzekerde zorg te leveren dan wel te vergoeden. Indien geleverde zorg aan een aantal voorwaarden voldoet is financiering geen probleem:

- het betreft zorg die in het basispakket valt
- de aanbieder declareert Zvw-zorg apart via een door de NZa goedgekeurde prestatie aan de zorgverzekeraar
- de zorgaanbieder heeft een contract met de zorgverzekeraar

Ook indien het geen verzekerde zorg betreft uit het basispakket kunnen zorgverzekeraars overigens activiteiten vergoeden. Zorgverzekeraars hebben een vrij ruime bevoegdheid om geld te besteden. Deze kosten gaan ten laste van hun winst. Als zorgverzekeraars geld uitgeven aan niet-zorgactiviteiten tellen deze uitgaven echter niet mee in de schadelast van zorgverzekeraars. Dit betekent ook dat zorgverzekeraars voor dit soort uitgaven nooit gecompenseerd zullen worden vanuit de risicoverevening. Zorgverzekeraars kunnen dit soort uitgaven dus alleen doen als ze voldoende winst maken op hun reguliere schadelast. Dit kan zorgverzekeraars terughoudend maken om voor dit soort uitgaven langdurige verplichtingen aan te gaan.⁵

Ondersteuning vanuit Wmo

Als het welzijn of ondersteuning betreft op grond van de Wmo dan kan de gemeente bereid zijn om het te vergoeden. Er geldt voor gemeenten geen formele zorgplicht zoals bij zorgverzekeraars. Een gemeente zal wat betreft individuele voorzieningen (maatwerkvoorzieningen in de Wmo 2015) wel moeten voldoen aan zijn eigen verordening. Er zijn geen formele belemmeringen voor een gemeente om ondersteuning of preventie te vergoeden. Wel moet een gemeente voldoende ruimte vinden op de gemeentebegroting.

Advies 10

Maak vooraf duidelijk wat en hoe gemeten gaat worden en op welke wijze verantwoording aan elkaar en elkaars achterban wordt afgelegd. Maar laat dit niet weerhouden om direct te starten en aan de slag te gaan.

⁵ Een ander aandachtspunt is dat aanbieders alleen zorgprestaties mogen leveren die zijn goedgekeurd door de NZa. Het is voor een zorgaanbieder namelijk verboden een tarief in rekening te brengen voor een zorgprestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel d uit de WMG is vastgesteld.

ZORGMARKTADVIES

Colofon

Tekst: Marc Soeters
Gerrold Verhoeks
Uitgave: ZorgmarktAdvies
www.zorgmarktadvies.nl
Vormgeving: Mariej Vormgeving, Amsterdam

© 2014 *ZorgmarktAdvies*

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:  ZonMw