



EINDRAPPORTAGE

Invulling en bekostiging herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

68748 - 29 november 2022

EINDRAPPORTAGE

Invulling en bekostiging herkenbare en aanspreek- bare wijkverpleging

68748 - 15 december 2022

George Braam, Bas Peeters en Myrthe Frederiks

Inhoudsopgave

1. Samenvatting conclusies.....	4	6. Ons advies: wenselijk is gezamenlijke regie of aparte projectorganisatie	21
2. Inleiding	6	6.1 H&A wijkverpleging onderscheidt zich in vier varianten	22
3. Onderzoeksaanpak.....	8	6.2 H&A wijkverpleging is vooral een organisatievraagstuk	24
3.1 Documentenstudie	9	6.3 Conclusie keuzes bij organiseren H&A wijkverpleging.....	25
3.2 Verkennende gesprekken met RIVM en NZa	9	7. Ons advies: ontwikkel wijkverpleging via paraplubekostiging	26
3.3 Interviews met zorgaanbieders en -zorgverzekeraars.....	9	7.1 Zorgaanbieders willen structurele en apart geormerkte bekostiging	27
3.4 Vier varianten, analysekader en sterkte-zwakteanalyse.....	10	7.2 Zorgverzekeraars willen ontwikkeling en creativiteit	28
4. De leidraad H&A wijkverpleging is beperkt gerealiseerd.....	11	7.3 Bekostiging samenwerking bij opstarten.....	29
4.1 Organisatie van H&A wijkverpleging kent veel variatie.....	12	7.4 Koop in wat zorgaanbieders in samenwerking moeten ontwikkelen	30
4.2 Invulling is vooral een gezamenlijke voordeur en capaciteitsverdeling.....	13	7.5 Conclusie bekostiging H&A wijkverpleging.....	31
4.3 Gegevensuitwisseling en toelating zorgaanbieders zijn een uitdaging.....	14	Bijlage 1	
4.4 Conclusie huidige invulling H&A wijkverpleging.....	15	Analysekader	33
5. Bekostiging H&A wijkverpleging kent verschillende vormen.....	16	Bijlage 2	
5.1 Bekostiging van H&A wijkverpleging is divers.....	17	Sterkte-zwakteanalyse	36
5.2 Zorgverzekeraars worden vooral proactief geïnformeerd	18	Bijlage 3	
5.4 Andere randvoorwaarden zijn minstens zo belangrijk.....	19	Klankbordgroep.....	38
5.5 Conclusie huidige bekostiging H&A wijkverpleging	20	Bijlage 4	
		Overzicht documenten	39
		Bijlage 5	
		Overzicht interviews	40
		Bijlage 6	
		Interviewleidraad	41

Samenvatting conclusies

Wat verstaan de in het onderzoek betrokken veldpartijen onder H&A wijkverpleging en hoe wordt daar invulling aan gegeven?

Wat wordt in de huidige situatie als H&A wijkverpleging gecontracteerd en welke bestaande bekostigingsoplossing wordt daarbij toegepast en is dat adequaat en toereikend?

Invulling H&A wijkverpleging kent veel variatie

De leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (hierna: leidraad) leidt tot variatie in de praktijk. In vrijwel alle regio's wordt onder H&A wijkverpleging de gezamenlijke onplanbare nachtzorg¹, een gezamenlijke voordeur en capaciteitsverdeling verstaan. Op enkele plaatsen zien we dat zorgaanbieders met elkaar op wijkniveau uitvoering geven aan de leidraad. In enkele gevallen is inzicht in de bewonerspopulatie, en daarmee de zorgvraag, het startpunt voor H&A wijkverpleging. De in de leidraad benoemde randvoorwaarden, zoals gegevensuitwisseling en een toets op mededinging, zijn beperkt gerealiseerd.

Wijze van bekostiging H&A wijkverpleging verschilt

Tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bestaan verschillende beelden waarvoor extra middelen bovenop de cliëntgebonden bekostiging bedoeld zijn. In de regio zien we veel verschillende bekostigingsvormen terug. In circa de helft van de regio's krijgt de grote aanbieder extra middelen voor taken bovenop de cliëntgebonden bekostiging. Deze middelen zijn niet geoormerkt alleen voor H&A wijkverpleging. Zorgaanbieders geven aan dat het niet duidelijk is afgesproken dat H&A wijkverpleging met deze middelen ingevuld moet worden, terwijl zorgverzekeraars aangeven dat deze middelen daar wel voor bedoeld zijn en dit bijvoorbeeld staat vermeld in de inkoop- en contractvoorwaarden. De tijdelijke SOW-subsidie wordt door circa tweederde van de regio's gebruikt om een deel van de opstartkosten te dekken. Een deel van de zorgverzekeraars geeft aan dat de bekostiging van H&A wijkverpleging is opgenomen in het integrale tarief.

Voor zorgaanbieders loont H&A wijkverpleging financieel niet, maar inhoudelijk wel

Volgens zorgaanbieders is de bekostiging voor H&A wijkverpleging onvoldoende adequaat. De investering weegt op dit moment volgens hen niet op tegen de kosten. Zorgaanbieders geven aan dat het organiseren inhoudelijk loont, doordat de kwaliteit en toegankelijkheid van de wijkverpleging verbetert. Meerdere Zorgaanbieders geven daarbij aan dat zij de H&A wijkverpleging ook hadden georganiseerd zonder bekostiging of dat deze niet de aanleiding is geweest om te starten. Tegelijkertijd geeft een deel van de zorgaanbieders ook aan te twifelen of het voor de toekomst haalbaar blijft zonder aanvullende bekostiging.

¹ Onplanbare nachtzorg maakt geen onderdeel uit van de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, echter is dit door meerdere zorgaanbieders genoemd als onderdeel.

Wat is op basis van dit onderzoek de meest adequate bekostiging voor (toekomstige) H&A wijkverpleging, en waarom?

H&A wijkverpleging is primair een organisatievraagstuk

Wij zien dat H&A wijkverpleging vooral een organisatievraagstuk is en hierdoor hebben wij de onderzoeksvraag breder geïnterpreteerd dan alleen de bekostiging. Het zijn namelijk niet de verschillen in bekostiging die bepalend zijn, maar welke keuzes zijn gemaakt bij het organiseren. Uit een analyse op vier meest voorkomende varianten blijkt dat de grootste stimuli voor de ontwikkeling de goede verhoudingen op bestuurlijk niveau zijn en het besef van urgentie bij bestuurders.

Bekostig de opstartkosten voor samenwerking in de wijkverpleging

Wij adviseren daarom dat bekostiging vooral de samenwerking tussen aanbieders van wijkverpleging moet stimuleren. Indien er geen samenwerking in de wijkverpleging is, moet de zorgverzekeraar een zorgaanbieder aanwijzen om de samenwerking te organiseren en waar nodig zelf ook meer regie voeren richting andere zorgaanbieders in de regio. Een vergoeding voor de opstartkosten is volgens ons dan de juiste optie voor bekostiging, bijvoorbeeld door een beloning op maat constructie. De vergoeding voor de opstartkosten dwingt de zorgaanbieder om regie te nemen en is niet vrijblijvend.

Structurele bekostiging is nodig voor ontwikkeling wijkverpleging

Daaropvolgend is ons advies een niet-cliëntgebonden structurele bekostiging voor de verdere organisatie van de ontwikkeling van de wijkverpleging. Concreet: bekostig datgene wat je niet effectief als zorgaanbieder alleen in de wijkverpleging kunt organiseren of ontwikkelen en dus in samenwerking moet organiseren. Bekostiging voor deze samenwerking moet daarbij niet sec H&A wijkverpleging gelabeld zijn, maar breder, zodat er ook efficiëntie te behalen is bij de organisatie. Doordat de bekostiging niet cliëntgebonden is, worden aanbieders gestimuleerd om creatief en efficiënt met de middelen om te gaan. Transparante afspraken over wát zorgverzekeraars van zorgaanbieders verwachten, bijvoorbeeld middels een businesscase, zijn van belang bij deze bekostiging.

Businesscase voor kostendekkende in- en verkoop

Met een businesscase kan de zorgverzekeraar de ontwikkeling van wijkverpleging kostendekkend inkopen. Ook kan de zorgaanbieder wanneer zij een goed onderbouwde businesscase heeft, besluiten om deze dienst niet te verkopen indien hier een niet kostendekkende bekostiging tegenover staat. In onze optiek zou het helpen als zorgverzekeraars het beleid van de preferente zorgverzekeraar volgen. Het is volgens ons ook vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar wenselijk om H&A wijkverpleging adequaat te bekostigen om besparingen bij andere sectoren te continueren.



HOOFDSTUK 2

Inleiding

De wijkverpleging is in recente jaren sterk in ontwikkeling. De toenemende vergrijzing met toenemende zorgvraag in combinatie met de extramuralisering van de zorg leidt ertoe dat de wijk volop in ontwikkeling is als speelveld waar zorgaanbieders, het sociaal domein en het informele netwerk meer moeten samenwerken om integrale zorg aan cliënten te bieden.

Om de samenwerking in dit speelveld versneld te verbeteren hebben Actiz, PFN, VNG, V&VN, Zorgthuisnl, ZN en het ministerie van VWS in 2019 afspraken vastgelegd voor toekomstbestendige wijkverpleging: de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A). Dit in aanvulling op het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging.

De H&A wijkverpleging moet ervoor zorgen dat:

- het voor cliënten, zorgprofessionals, gemeenten en zorgverzekeraars duidelijk is wie op welk moment (overdag, nacht, weekend) in de wijk aanspreekbaar is voor wijkverpleging. De wijkverpleging is **bereikbaar en herkenbaar**;
- de cliënt een vast, niet te groot team heeft en continue zorg mag verwachten met goede afstemming tussen informele en formele hulpverleners. De wijkverpleging is **vast en overzichtelijk**;
- alle partijen in de wijk elkaar weten te vinden en elkaar aanspreken op elkaars verantwoordelijkheden in de keten van zorg en ondersteuning. De wijkverpleging is **aanspreekbaar**;
- aanbieders van wijkverpleging en partners zich **gezamenlijk verantwoordelijk** voelen en dit ook zijn, zodat iedere zorgvraag van cliënten in de wijk wordt opgepakt.

De bekostiging van de H&A wijkverpleging is niet eenduidig ingericht in het land. In verschillende regio's is hier verschillend invulling aan gegeven in afspraken tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In het veld zijn verschillende meningen en standpunten over de huidige wijze waarop de H&A wijkverpleging en specifiek de bekostiging ervan is ingericht. Door deze uiteenlopende standpunten is het nog niet gelukt om tot eenduidige bekostiging te komen. Voor het jaar 2023 leidt dit ertoe dat er geen wijzigingen in de regelgeving en bekostiging plaatsvinden.

Daarom hebben de HLA-partijen (ministerie van VWS, ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland en de NZa) Berenschot gevraagd een onafhankelijk onderzoek uit te voeren naar de H&A wijkverpleging en bekostiging. Doel van dit onderzoek is een basis creëren op basis waarvan eventuele wijzigingen richting 2024 kunnen worden vormgegeven.

Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is inzicht geven in de huidige situatie van de H&A wijkverpleging, (de verschillen in) de huidige contractuele invulling van de H&A wijkverpleging en advies te geven over de meest adequate bekostiging voor toekomstige H&A wijkverpleging. Daarbij is vanzelfsprekend rekening gehouden met het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat recent ondertekend is.

Concreet beantwoordt dit onderzoek de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat verstaan de in het onderzoek betrokken veldpartijen onder H&A wijkverpleging en hoe wordt daar invulling aan gegeven?
2. Wat wordt in de huidige situatie als H&A wijkverpleging gecontracteerd en welke bestaande bekostigingsoplossing wordt daarbij toegepast en is dat adequaat en toereikend? (Bijvoorbeeld via de integrale tarieven verpleging en verzorging die in 2022 en 2023 gelden binnen het experiment met cliëntprofielen of via de prestatie 'Belonen op Maat'.)
3. Wat is op basis van dit onderzoek de meest adequate bekostiging voor (toekomstige) H&A wijkverpleging, en waarom?

In de interpretatie van deze onderzoeksvragen is het belangrijk te benoemen dat we 'bekostiging' in afstemming met de klankbordgroep breed hebben geïnterpreteerd. Dat wil zeggen: zowel de feitelijke bekostiging (welke financiële afspraak ligt eronder) als breder de contracterings-, samenwerkings- en organisatieafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van wijkverpleging.

Leeswijzer

Bij het volgende hoofdstuk gaan wij eerst in op onze onderzoeksaanpak. Vervolgens zijn er twee hoofdstukken waarbij de huidige praktijk rondom H&A wijkverpleging, de IST-situatie, wordt beschreven. Daarbij richt hoofdstuk 4 zich op de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag en beschrijft de wijze waarop in de praktijk invulling wordt gegeven aan herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Hoofdstuk 5 beantwoordt de tweede onderzoeksvraag en richt zich op de wijze waarop H&A wijkverpleging op dit moment wordt bekostigd. Beide hoofdstukken beschrijven zo feitelijk mogelijk de onderzoeksresultaten. In de daaropvolgende twee hoofdstukken maken we de vertaling naar de SOLL-situatie en geven we richting en advies voor de toekomst. Daarbij gaan we eerst, in hoofdstuk 6, in op de organisatie van H&A wijkverpleging. Tot slot gaan we in het laatste hoofdstuk in op de derde hoofdvraag; wat voor de toekomst adequate bekostiging is voor H&A wijkverpleging.



HOOFDSTUK 3

Onderzoeksaanpak

In het onderzoek hebben we verschillende onderzoeksmethoden toegepast om tot beantwoording van de onderzoeksvragen te komen. Gedurende de looptijd van dit onderzoek is nauw opgetrokken met onze klankbordgroep. Zie bijlage 3 voor de samenstelling van de klankbordgroep.

3.1 Documentenstudie

Bij de start van het onderzoek hebben we een groot aantal relevante documenten verzameld en geanalyseerd met als doel:

- beter inzicht krijgen in H&A wijkverpleging;
- inzicht krijgen in de denklijnen uit het IZA over wijkverpleging en het versterken van de basiszorg;
- inzicht krijgen in de kaders voor adequate bekostiging.

In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van de geanalyseerde documenten.

Daarnaast zijn tijdens verschillende interviews diverse vertrouwelijke documenten met ons gedeeld om beter begrip te krijgen van bijvoorbeeld de samenwerkingsafspraken, de onderbouwing van bepaalde kosten en opbrengsten en de wijze waarop in de praktijk invulling wordt gegeven aan herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Deze documenten zijn vertrouwelijk met de onderzoekers gedeeld en zijn daarom niet opgenomen in de documentenlijst.

3.2 Verkennende gesprekken met RIVM en NZa

Voor een goede duiding van de geanalyseerde documenten én om aanvullend inzicht te krijgen in de achtergrond van H&A wijkverpleging, hebben we een tweetal verkennende gesprekken gevoerd.

Ten eerste met het RIVM, om beeld te krijgen bij (de resultaten van) het landelijke onderzoek naar de voortgang van de uitvoering van de samenwerking in de wijkverpleging. Dit landelijke onderzoek, dat onderdeel is van de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, wordt door het RIVM uitgevoerd. In september 2022 is de meest recente voortgangsrapportage gepubliceerd.

Ten tweede met de Nederlandse Zorgautoriteit, om beeld te krijgen bij (de uitkomsten van) eerdere gesprekken die gevoerd zijn tussen de HLA-partijen rondom bekostiging van H&A wijkverpleging. Daarnaast hebben we in dit gesprek ook stilgestaan bij de visie van de NZa op bekostiging van wijkverpleging in het algemeen en H&A in het bijzonder.

3.3 Interviews met zorgaanbieders en -zorgverzekeraars

De kern van het onderzoek bestond uit interviews met veldpartijen, zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Hiervoor is een interviewleidraad opgesteld (bijlage 6), op basis van de documentstudie en de drie hoofdvragen in dit onderzoek. Deze interviewleidraad is vastgesteld in de klankbordgroep.

In totaal hebben we voor het onderzoek vijftien regio's geselecteerd waar we interviews hebben uitgevoerd. Deze selectie heeft samen met de klankbordgroep plaatsgevonden enerzijds op variatie: zowel geografische spreiding over het land, als spreiding tussen stedelijk en landelijk gebied, als variatie hoe ver de regio was in de uitvoering van H&A wijkverpleging. Daarnaast speelde in de selectie ook het element tijd en beschikbaarheid mee: het onderzoek moest binnen een beperkte tijdsperiode worden uitgevoerd, waardoor de beschikbaarheid van interviewpartners ook van belang was. De uiteindelijke selectie van deze vijftien regio's geeft naar onze mening een goed, representatief beeld van de huidige invulling en bekostiging van H&A wijkverpleging.

Voor deze vijftien regio's hebben we interviews gevoerd, op basis van de interviewleidraad, met vertegenwoordigers vanuit een dominante wijkverpleging-aanbieder. Daarnaast hebben we voor zeven regio's ook gesproken met de inkoper wijkverpleging van de preferente zorgverzekeraar, soms aangevuld met een beleidsadviseur wijkverpleging. In twee gevallen betrof dit een gezamenlijk interview met vertegenwoordigers vanuit de zorgaanbieder én de zorgverzekeraar. In de andere gevallen zijn beiden separaat gesproken. De zeven gesproken zorginkopers zijn verdeeld over verschillende zorgverzekeraars, waarmee ook vanuit dat perspectief een zo representatief mogelijk beeld is opgehaald.

In bijlage 5 staat een overzicht van de geïnterviewden.

3.4 Vier varianten, analysekader en sterkte-zwakteanalyse

Om toe te werken naar een advies hebben wij de uitkomsten van de verschillende interviews veralgemeniseerd naar vier varianten. Deze varianten zijn gebaseerd op de interviews. Met de varianten hebben wij de verschillende zorgaanbieders en regio's samengevat in vier verschillende verschijningsvormen. Deze varianten zijn dus niet bedoeld als exact geïdealiseerde modellen, maar helpen om verschillen te duiden tussen regio's en hoe hier zowel de organisatie als de bekostiging van H&A wijkverpleging is vormgegeven.

De vier varianten hebben wij vervolgens geanalyseerd met een analysekader (bijlage 1). Bij het analysekader hebben wij gekeken naar de criteria voor adequate bekostiging die wij samen met de klankbordgroep hebben vastgesteld. De criteria zijn verdeeld in twee groepen. Bij de eerste groep criteria gaat het om factoren die als basishygiëne gelden voor adequate organisatieafspraken en bekostiging voor H&A wijkverpleging. Dat wil zeggen, zonder deze factoren is het niet mogelijk om adequaat H&A wijkverpleging te organiseren en te bekostigen. De tweede groep criteria behelst de uitgangspunten van de leidraad H&A wijkverpleging, waarbij wij kijken of de organisatieafspraken en bekostiging bijdragen aan de uitgangspunten.

Aan de hand van het analysekader hebben wij ook per variant een sterkte- en zwakteanalyse gemaakt (bijlage 2). In deze vatten wij de sterktes en zwaktes op gebied van de organisatie van H&A wijkverpleging en de bekostiging samen. In de sterkte- en zwakteanalyse is in een oogopslag zichtbaar wat de voordelen zijn van de verschillende organisatieafspraken en bekostiging van H&A wijkverpleging per variant.

3.5 Validatiesessie met de klankbordgroep

Om vanuit een overzicht van de huidige situatie (IST) te komen naar een gewenste situatie (SOLL), hebben wij de sterkte- en zwakteanalyse van de varianten besproken in een validatiesessie met de klankbordgroep. Naast de klankbordgroep zijn ook een drietal zorgaanbieders aangesloten. In de validatiesessie hebben wij gesproken over de vier varianten en de verschillende standpunten ten aanzien van de vier varianten in kaart gebracht alsmede onze eigen gedachten aangescherpt.

Het resultaat van de validatiesessie is verwerkt in onze analyse en op basis van deze analyse is de voorliggende rapportage opgesteld.



HOOFDSTUK 4

De leidraad H&A wijkverpleging is beperkt gerealiseerd

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van de eerste onderzoeksvraag: 'Wat verstaan de in het onderzoek betrokken veldpartijen onder H&A wijkverpleging en hoe wordt daar invulling aan gegeven?' In dit hoofdstuk gaan we ook in op de randvoorwaarden uit de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

4.1 Organisatie van H&A wijkverpleging kent veel variatie

Tijdens de interviews hebben we de volgende vraag gesteld: 'Op welke wijze wordt invulling gegeven aan herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in de regio.' Uit de interviews blijkt dat alle geïnterviewde zorgaanbieders reeds invulling geven aan herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, óf de ambitie hebben om dit te gaan doen. We zien echter veel verschillen in de wijze waarop H&A wijkverpleging wordt ingevuld. De variatie tussen de invulling van H&A wijkverpleging tussen de regio's zien we in een aantal elementen terug.

Regie en samenwerking

Het eerste verschil is zichtbaar in de wijze waarop regie en samenwerking in de regio is vormgegeven. In regio's waar één aanbieder dominant is, zien we ofwel dat deze grotendeels zelfstandig invulling geeft aan H&A wijkverpleging, ofwel dat deze aanbieder de kartrekker is en de kleinere zorgaanbieders 'onder zijn vleugels' meeneemt. De regie ligt daarmee bij de dominante aanbieder.

In enkele regio's zien we dat het de dominante aanbieder niet lukt om H&A wijkverpleging van de grond te krijgen, doordat er geen samenwerking tot stand komt in de regio. De dominante aanbieder heeft in deze situaties zelf wel ambitie en visie, maar krijgt het niet voor elkaar om hier in gezamenlijkheid met collega-zorgaanbieders aan te werken. Deze dominante aanbieder geeft veelal zelfstandig invulling aan elementen uit de leidraad H&A wijkverpleging in verband met de grootte van de organisatie.

In regio's waar meerdere grote(re) zorgaanbieders actief zijn, zien we veelal dat er reeds bestaande samenwerkingsafspraken zijn tussen deze partijen en dat zij samen ook de regie pakken in het uitvoering geven aan de leidraad H&A wijkverpleging. In dit geval is er vaak één partij die de portefeuillehouder en penvoerder is.

Op enkele plekken zien we dat grote(re) zorgaanbieders met elkaar een nieuwe, extra (project)organisatie hebben opgericht om specifieke taken op zich te nemen, bijvoorbeeld voor onplanbare nachtzorg of in de vorm van een gezamenlijke voordeur en capaciteitsverdeling.

In de regio's waar geen regie aanwezig is, is te zien dat nauwelijks iets van de grond komt. In een enkele regio zelfs niet op de onplanbare nachtzorg. Deze aanbieders hebben de ambitie en visie om verder te ontwikkelen, maar krijgen dit niet voor elkaar in de regio.

Tempo van ontwikkeling van H&A wijkverpleging

Zoals bovenstaand beschreven is in iedere regio H&A wijkverpleging anders ingevuld. Uit de interviews zien we een rode draad terug in de ontwikkeling van H&A wijkverpleging in verhouding met de wijze waarop dit is georganiseerd. In regio's waar één dominante zorgaanbieder een groot deel van het marktaandeel heeft, komt H&A wijkverpleging sneller van de grond. Dit is voornamelijk terug te zien in rurale dunnerbevolkte gebieden. Deze dominante zorgaanbieders kunnen namelijk zonder samenwerking met andere aanbieders van wijkverpleging voldoen aan elementen uit de leidraad H&A wijkverpleging. Verwijzers met een zorgvraag bellen van oudsher al direct de betreffende zorgaanbieder. Deze zorgaanbieders zijn mede door het grote marktaandeel ook herkenbaar en aanspreekbaar in de wijk, maar hebben meer moeite om samenwerking te vinden met andere zorgaanbieders in verband met schaalverschillen.

In regio's waarbij meerdere zorgaanbieders H&A wijkverpleging in samenwerking oppakken, moeten vaak samenwerkingsafspraken vastgelegd worden. Uit de interviews blijkt dat H&A wijkverpleging in deze situatie nog vaak in pilotvorm plaatsvindt. Interviewrespondenten geven aan dat het voortraject veel tijd in beslag neemt, doordat gezamenlijk een visie, draagvlak en samenwerkingsafspraken moeten worden ontwikkeld. Zowel op bestuurlijk niveau, als tussen management en op de werkvloer in de wijk.

Visie op herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Vrijwel alle interviewrespondenten geven aan dat een gezamenlijke visie nodig is om H&A wijkverpleging verder te brengen. De meeste regio's hebben een visie op toekomstbestendige wijkverpleging, waar elementen uit H&A wijkverpleging in meer of mindere mate terugkomen. In deze visie staat bijvoorbeeld hoe ze de wijkverpleging in 2030 voor zich zien; hoe kunnen we de toenemende zorgvraag zo goed mogelijk bedienen gegeven de arbeidsmarktcrisps, wat vinden we dan passende wijkverpleging en wat verwachten we dat het netwerk van cliënten opvangt? In praktijk zijn de visie, doelen en activiteiten bijvoorbeeld vastgelegd in een samenwerkingsconvenant. De realisatie van deze visie in de regio varieert weer sterk in tempo en mate van opschaling.

Bij het grootste deel van de regio's wordt eerdere samenwerking, bijvoorbeeld voor de onplanbare nachtzorg, als belangrijke eerste stap gezien ondanks dat onplanbare nachtzorg geen onderdeel is van de leidraad. Vanuit het vertrouwen uit deze samenwerking wordt gewerkt aan samenwerkingsvormen, waaronder H&A wijkverpleging. In regio's waarin nog niet eerder werd samengewerkt, is nog een grote stap te zetten.

4.2 Invulling is vooral een gezamenlijke voordeur en capaciteitsverdeling

Gezamenlijke voordeur voor zorgvragen zorgt voor bereikbaarheid en herkenbaarheid

In dertien van de vijftien regio's is een vorm van een gezamenlijke voordeur georganiseerd, zodat verwijzers maar één keer hoeven aan te melden. In de helft van de regio's betreft dit op dit moment pilots in enkele wijken. De andere helft heeft dit reeds geregeld voor het gehele werkgebied. Uit de interviews blijkt dat de wijze waarop dit is georganiseerd varieert:

- Er is een gezamenlijk aanmeldportaal dat wordt beheerd door een team van wijkverpleegkundigen vanuit verschillende organisaties.
- Schakelteams met wijkverpleegkundigen vanuit verschillende organisaties zetten gezamenlijk de zorgvraag uit over de zorgaanbieders.
- Eén dominante zorgaanbieder waar het gros van de zorgvragen terecht komt. Wanneer deze partij zelf geen plek heeft, wordt de zorgvraag doorbemiddeld naar een andere zorgaanbieder.
- Iedere zorgaanbieder heeft een eigen centrale aanmelddienst. Wanneer er geen plek is, is er een gezamenlijke centrale doorbemiddeling georganiseerd.

In alle gevallen van een gezamenlijke voordeur wordt gebruik gemaakt van een vorm van een technologie. In sommige situaties is dit een gezamenlijk e-mailadres, waar alle wijkverpleegkundigen in de wijk toegang tot hebben. Andere partijen werken met Zorgdomein of Point als voordeur.

In de regio's waarbij een schakelteam de zorgvraag uitzet, wordt als belangrijk bijkomend voordeel genoemd dat wijkverpleegkundigen leren van elkaar. In gezamenlijkheid wordt iedere cliënt besproken, in een enkel geval zelfs tot aan de indicatie. Hierdoor krijgen wijkverpleegkundigen van diverse organisaties een inkijk in elkaars indiceringsafwegingen. Waar de ene zorgaanbieder bijvoorbeeld acht uur zorg indiceert voor een bepaalde zorgvraag, zet de ander eerst hulpmiddelen in.

In sommige regio's wordt bij schaarste de zorgvraag verdeeld ingezet, en doet aanbieder A het zorgmoment in de ochtend en aanbieder B het zorgmoment in de middag. Naast dit voordeel van kennisdeling en -ontwikkeling, is aangegeven dat wijkverpleegkundigen ook steun aan elkaar ervaren op wijkniveau. Bijvoorbeeld in een situatie van handelingsverlegenheid bij een ggz-cliënt, of een situatie met kritieke capaciteitsproblemen.

Een gezamenlijke visie op de wijkverpleging als basis voor capaciteitsverdeling

Zes van de vijftien geïnterviewde zorgaanbieders hebben in de regio een gezamenlijke visie op de wijkverpleging afgesproken. Enerzijds zijn dit afspraken over hoe om te gaan met de zorgvraag van de toekomst, anderzijds zijn dit ook afspraken over de invulling van deze zorg; wat doet de cliënt zelf en waar helpt de zorgaanbieder mee? De inzet van hulpmiddelen of informele zorg is vaak onderdeel van deze visie. In deze regio's wordt aan de hand van de gezamenlijke visie de capaciteit optimaal ingezet; cliënten met dezelfde zorgbehoefte krijgen dezelfde zorg. Het maakt in beginsel niet uit van welke aanbieder een cliënt zorg krijgt. Uiteraard blijft er keuzevrijheid voor cliënten bestaan. Het gaat hier dus om de optimale inzet van capaciteit en niet om verdeling tussen aanbieders wat in beginsel niet is toegestaan volgens de ACM.

Capaciteitsverdeling en inzicht in beschikbaar zorgaanbod dragen bij aan vast en overzichtelijk team, aanspreekbaarheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid

Een vorm van een gezamenlijke voordeur, zoals bovenstaand beschreven, wordt door alle gesproken regio's gezien als de eerste stap die gezet moet worden in het kader van de leidraad H&A wijkverpleging. In dertien van de vijftien regio's vindt daaropvolgend een vorm van capaciteitsverdeling plaats nadat de verwijzing binnenkomt. In deze dertien regio's wordt na aanmelding vooral initieel gekeken op basis van beschikbare capaciteit; wie heeft plek en wat is de voorkeur van de cliënt. Bij vier van de dertien regio's wordt daarbij ook beoordeeld wat de meest efficiënte route is, om zo de beschikbare capaciteit in de wijk optimaal in te zetten. Bij één van de vier regio's wordt expliciet ook gekeken op basis van specialismes en cultuur bij welk aanbieder de cliënt het beste past. Het verdelen van capaciteit vindt in de meeste regio's plaats op wijkniveau.

In enkele interviews hebben zorgaanbieders aangegeven dat ze in de regio wel het gesprek hebben gevoerd over het feitelijk verdelen van werkgebieden (aanbieder A in wijk 1, aanbieder B in wijk 2). Dit vanuit de redenatie dat daardoor nog efficiëntere routes gecreëerd kunnen worden. Zorgaanbieders geven daarbij aan dat ze hier uiteindelijk vanaf hebben gezien omdat dit niet is toegestaan volgens de ACM.

Bij het het optimaal inzetten van de capaciteit wordt ook gebruik gemaakt van technologie. Uit de interviews blijkt dat de Siilo app een veelgebruikt communicatiemiddel is. Ook wordt Point of Zorgdomein gebruikt, waar met het stoplichtsysteem de capaciteit is weergegeven.

Inzicht in bewonerspopulatie als voorwaarde voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Drie van de vijftien regio's geven aan een goed beeld te hebben van de bewonerspopulatie in de wijk. Vier van de vijftien regio's geven aan beperkt inzicht te hebben van de bewonerspopulatie. Als voorbeeld wordt vanuit de zorgaanbieders onder andere Regiobeeld genoemd. Daarbij geven zij aan dat veel inzicht in de bewonerspopulatie bij de wijkteams ligt. Zorgverzekeraars hebben over het algemeen een goed beeld bij de bewonerspopulatie. Dit inzicht vergaren zij vanuit de beschikbare data. In enkele regio's was inzicht in de populatie het startpunt om een samenwerkingsverband aan te gaan. In sommige gevallen wordt de data van de verzekeraar op populatieniveau uitgewisseld met de zorgaanbieders, bijvoorbeeld in het Regiobeeld. Dit beeld heeft dan veelal een bredere focus dan sec wijkverpleging. In overige regio's was dit geen onderwerp van gesprek tijdens het interview.

Infrastructuur herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging als basis voor preventie

Een infrastructuur voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging zorgt ervoor dat zorgaanbieders aanspreekbaar zijn. Cliënten, verwijzers, gemeenten en verzekeraars weten dan wie ze kunnen benaderen voor wijkverpleging. Deze infrastructuur is niet alleen het verdelen van cliënten, maar betekent ook dat zorgaanbieders vindbaar zijn voordat er een zorgvraag is. Bijvoorbeeld door het opzetten van een wijkpunt, een website, een telefoonnummer of coördinator. Deze infrastructuur is belangrijk voor preventie. Mensen kunnen bij dit wijkpunt in gesprek gaan ter voorkoming van zorgvragen in de toekomst.

4.3 Gegevensuitwisseling en toelating zorgaanbieders zijn een uitdaging

In de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging worden naast bekostiging, meerdere randvoorwaarden genoemd waaronder gegevensuitwisseling, de toelating van nieuwe zorgaanbieders en een toets op mededinging en fiscale wetgeving.

Gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders

Een belangrijke randvoorwaarde in de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders, waarbij er zowel technische als AVG-juridische randvoorwaarden zijn. Alle zorgaanbieders geven aan dat dit een knelpunt is in het verder brengen van H&A wijkverpleging. Het inzien van elkaars ECD is randvoorwaardelijk voor een optimale samenwerking op cliëntniveau. Op dit moment zijn zorgprofessionals veel tijd kwijt aan het handmatig overzetten van gegevens in systemen, op andere plekken bestaan twee dossiers van dezelfde cliënt naast elkaar met zorginhoudelijke risico's als gevolg. Twee regio's hebben dit opgelost door een gezamenlijke mailbox, waarin wijkverpleegkundigen van verschillende organisaties de basisgegevens kunnen inzien. Wanneer een cliënt aan een organisatie wordt toegewezen, wordt het gehele dossier met deze organisatie gedeeld. Op andere plekken wordt nu, samen met leveranciers, gewerkt aan of gezocht naar een oplossing voor betere gegevensuitwisseling. Bijvoorbeeld in de vorm van een extra 'schil' over gebruikte ECD's. Dit is echter nog geen praktijk.

Toelating nieuwe zorgaanbieders

Bij de regio's waar al een vorm van samenwerking aanwezig is, is uitgevraagd of nieuwe zorgaanbieders onderdeel mogen zijn van de samenwerking. De antwoorden op deze vraag waren divers. Een deel van de interviewrespondenten geeft aan dat het samenwerkingsverband openstaat voor nieuwe zorgaanbieders, mits zij voldoen aan de juiste kwaliteit- en doelmatigheidsnormen. Als voorbeeld hierbij is genoemd dat nieuwe toetreders moeten werken vanuit een visie van positieve gezondheid. Andere respondenten geven aan dat iedereen welkom is, mits zij een contract hebben met de preferente zorgverzekeraar. Drie regio's geven aan op dit moment nog geen samenwerking te zoeken met meerdere zorgaanbieders, zij richten zich eerst op het goed neerzetten van de bestaande samenwerking voor zij nieuwe toetreders toelaten. Veelal werken deze regio's nu aan het opzetten van pilots en wil men dit eerst naar meer wijken opschalen.

Toets op mededinging en fiscale wetgeving

Over het algemeen wordt weinig belemmering ervaren. Bij twee regio's is een eigen jurist of de ACM ingeschakeld om een toets te doen op de mededingingsregels. Wanneer de cliënt keuzevrijheid behoudt, er geen sprake is van marktverdeling en er onderling geen tarieven worden uitgedeeld of prijsafspraken worden gemaakt, is samenwerking in veel gevallen mogelijk. Deze heldere kaders leiden op dit moment niet tot knelpunten om H&A wijkverpleging verder te brengen. Wel geven verschillende zorgaanbieders aan dat mogelijk het feitelijk verdelen van werkgebied verder kan bijdragen aan een doelmatige wijkverpleging, dit kan echter niet vanuit mededingingsperspectief. Fiscale wetgeving wordt niet ervaren als knelpunt in de ontwikkeling van H&A wijkverpleging.

Ongecontracteerde zorgaanbieders

In de regio's waar reeds samenwerking bestaat, is ook doorgevraagd op de samenwerking met ongecontracteerde zorgaanbieders. Respondenten geven aan dat het samenwerken tussen en met deze groep ongecontracteerde zorgaanbieders lastig is in de praktijk, zo niet onmogelijk. Deels doordat de gecontracteerde zorgaanbieders dit niet willen, mede ingegeven doordat gecontracteerde zorgaanbieders ook 'last' ervaren van ongecontracteerde zorgaanbieders en daarom de samenwerking niet snel opzoeken. Daarnaast geven respondenten ook aan dat ongecontracteerde zorgaanbieders minder georganiseerd zijn, waardoor het lastig is hen in de samenwerking te betrekken en dat ongecontracteerde zorgaanbieders (mogelijk) ook minder belang hebben bij deze samenwerking. Belangrijke kanttekening hierbij is dat in het onderzoek enkel met gecontracteerde zorgaanbieders is gesproken.

4.4 Conclusie huidige invulling H&A wijkverpleging

De leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging geeft richting voor de verdere ontwikkeling van de wijkverpleging en biedt daarbij (veel) ruimte voor lokale invulling. Dit leidt tot veel variatie in de praktijk. We zien variatie in de wijze waarop samenwerking tot stand komt, mede ingegeven door de regionale context. In vrijwel alle regio's wordt onder H&A wijkverpleging de gezamenlijke onplanbare nachtzorg, een gezamenlijke voordeur en capaciteitsverdeling verstaan. Dit is of wordt in vrijwel alle regio's momenteel georganiseerd, waarbij er verschillen zijn in de praktische invulling, het tempo en de schaal waarop dit plaatsvindt. Op enkele plaatsen zien we dat zorgaanbieders met elkaar op wijkniveau uitvoering geven aan de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. In enkele gevallen is inzicht in de bewonerspopulatie, en daarmee de zorgvraag, het startpunt voor H&A wijkverpleging.

De in de leidraad benoemde randvoorwaarden zijn niet volledig gerealiseerd. Met name rondom gegevensuitwisseling worden veel knelpunten ervaren, zowel van technische als AVG-juridische aard. Ook toetreding van en samenwerking met nieuwe zorgaanbieders en in het bijzonder ongecontracteerde zorgaanbieders is niet vanzelfsprekend. Mede doordat de bestaande samenwerking op veel plaatsen nog pril is. In de leidraad is ook bekostiging als belangrijke randvoorwaarde benoemd, hier gaan we in het volgende hoofdstuk verder op in.



HOOFDSTUK 5

Bekostiging H&A wijkverpleging kent verschillende vormen

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van de tweede onderzoeksvraag: 'Wat wordt in de huidige situatie als H&A wijkverpleging gecontracteerd en welke bestaande bekostigingsoplossing wordt daarbij toegepast en is dat adequaat en toereikend?'

5.1 Bekostiging van H&A wijkverpleging is divers

Een groot deel van de zorgaanbieders geeft aan dat zonder passende bekostiging, of zicht op een passende bekostiging, ze niet blijvend kunnen of willen investeren in samenwerking voor H&A wijkverpleging. Dit geldt in het bijzonder voor aanbieders die in de regio nog weinig of geen samenwerking hebben gerealiseerd. Het financiële risico is te groot om de structurele kosten op te vangen. Een deel van de zorgverzekeraars geeft aan dat ze de zorgaanbieder tegemoet wil komen wanneer in de praktijk blijkt dat H&A wijkverpleging extra kosten met zich meebrengt. Voor deze tegemoetkoming is wel inzicht nodig op de kosten die hiervoor worden gemaakt en of die niet elders worden terugverdiend. In meerdere regio's leidt dit tot een impasse die moeilijk lijkt te doorbreken.

Niet-cliëntgebonden bekostiging voor H&A wijkverpleging

Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging landt, op twee uitzonderingen na, niet geoormerkt in de contractering en bekostiging met de zorgverzekeraar. Wel zien we op verschillende plekken dat er voor de zorgaanbieders van wijkverpleging een vorm van niet-cliëntgebonden bekostiging aanwezig is waaruit kosten voor H&A wijkverpleging worden gedragen, bijvoorbeeld de 'oude S1-gelden'. In circa de helft van de regio's krijgt de grote aanbieder extra financiering voor aanvullende taken bovenop de financiering per cliënt. De wijze waarop deze extra financiering wordt gegeven varieert: in de vorm van een aanvullend uurtarief middels een opslag op dit uurtarief, of in de vorm van een lumpsum bekostiging per week of maand. Deze extra middelen zijn niet specifiek geoormerkt voor H&A wijkverpleging en hebben de neiging 'te verwateren' omdat in de loop der jaren allerlei extra taken vanuit deze extra middelen moesten worden bekostigd. Nu ontbreekt zorgaanbieders duidelijk zicht op wat zorgverzekeraars nu precies van hen verwachten voor deze extra bekostiging. Hierdoor ontbreekt ook zicht op hoe deze extra opbrengsten zich verhouden tot de extra kosten.

In de genoemde uitzonderingen waar wél H&A-geoormerkte bekostiging beschikbaar is, worden de opstartkosten en in één geval ook reeds de structurele kosten van de samenwerking vergoed door de zorgverzekeraar. Bij deze twee uitzonderingen is hiervoor een afspraak gemaakt tussen de preferente verzekeraar en de zorgaanbieders over de invulling van H&A wijkverpleging. In deze gevallen is te zien dat bij de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders bereidheid is en urgentie wordt gevoeld om H&A wijkverpleging verder te brengen. Beide partijen zien de goede opbrengsten van de samenwerking.

SOW-subsidie en andere financieringsvormen

In tien van de vijftien regio's wordt de SOW-subsidie gebruikt om de opstartkosten van H&A wijkverpleging deels of geheel te dekken. Deze middelen zijn niet toereikend en structureel, maar helpen wel het project een vliegende start te geven, bijvoorbeeld doordat hiermee een pilot gefinancierd kan worden. Vrijwel alle partijen geven aan dat ze ook andere inkomstenbronnen benutten of dat ze zelf een bedrag inleggen.

Er zijn in de interviews veel andere financieringsvormen benoemd, bijvoorbeeld de SET-subsidie, Beloning op Maat of Wlz-gelden.

Daar waar zorgaanbieders zélf bijdragen, geven zij aan dat zij investeren in samenwerking omdat ze ervaren dat ze een maatschappelijke taak hebben. Om deze taak te blijven volbrengen, is samenwerking nodig. Tot slot is in enkele gesprekken benoemd dat er mogelijkheden liggen bij afspraken met bijvoorbeeld ziekenhuizen en huisartsen. Immers, als de wijkverpleging met elkaar de zorg goed coördineert en zorgt voor aanspreekbaarheid en herkenbaarheid, dan leidt dit tot minder moeite voor verwijzers en dus tot minder kosten bij andere zorgverleners in de keten zoals huisartsen of ziekenhuizen. We hebben geen voorbeelden gevonden van ketenoverstijgende afspraken over bekostiging.

5.2 Zorgverzekeraars worden vooral proactief geïnformeerd

Rol verzekeraars bij H&A wijkverpleging

In een klein deel van de regio's heeft de zorgverzekeraar een sturende rol. De preferente zorgverzekeraar pakt dan de sturende rol, hetzij door samenwerking af te dwingen in selectieve inkoop, hetzij door zelf partijen bij elkaar te brengen en een pilot op te starten.

In de meeste andere regio's worden zorgverzekeraars proactief geïnformeerd en betrokken door de zorgaanbieders. In sommige gevallen zit de zorgverzekeraar standaard aan tafel bij gezamenlijke overleggen tussen zorgaanbieders, maar meestal niet. In die gevallen wordt de zorgverzekeraar geïnformeerd via de reguliere gesprekscyclus tussen aanbieder en zorgverzekeraar.

Niet-preferente zorgverzekeraars zijn niet overal volgend in het beleid. Zorgaanbieders geven aan dat dit onzekerheid met zich meebrengt en zien graag dat een preferente zorgverzekeraar bepalend is per regio. In de leidraad staat hierover dat in elk geval de grootste zorgverzekeraar het initiatief neemt en dat de andere zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen in lijn met de grootste verzekeraar.

Contractafspraken over H&A wijkverpleging

Uit gesprekken met de zorgverzekeraar blijkt dat er in weinig gevallen specifieke contractafspraken zijn voor H&A wijkverpleging. Zij geven soms aan dat de invulling van H&A wijkverpleging en eventueel hiermee gepaard gaande kosten onderdeel zijn van het (verhoogde) integrale tarief. Grote zorgaanbieders hebben in de regio vaak een rol als systeemaanbieder, voor deze rol krijgen zij van de zorgverzekeraar extra financiering.

5.3 Meeste kosten in opstartfase van H&A wijkverpleging

Kosten in opstartfase

Interviewrespondenten geven aan dat de meeste kosten in de opstartfase worden gemaakt. Het bij elkaar brengen van zorgaanbieders, het maken van samenwerkingsafspraken en het opzetten van de logistiek kost veel indirecte tijd en middelen.

Uit de interviews komen de volgende belangrijkste kostenposten naar voren:

- *Projectorganisatie*: projectleider en projectmedewerker(s), veelal onafhankelijk/extern zodat zij boven de samenwerkende partijen staat en de belangen van elke organisatie eerlijk kan bedienen.
- *Overheadtijd*: overlegtijd van management en directie voor visie- en besluitvorming. Daarnaast inzet van stafdiensten om bepaalde zaken voor de projectorganisatie te regelen, zoals de juridische toets, registreren, verwerken en verantwoorden van financiën en personele inzet vanuit IT.
- *Indirecte tijd wijkverpleegkundigen*: afstemming op wijkniveau bijvoorbeeld rondom capaciteitsverdeling en gezamenlijke voordeur is indirecte tijd.
- *ICT-kosten*: er worden systemen ingezet voor een gezamenlijke voordeur, capaciteitsverdeling en gegevensuitwisseling, bijvoorbeeld in de vorm van een gezamenlijke e-mailbox, een webportaal of een aanmeldsysteem. In sommige regio's wordt onderzocht of ECD-systemen op elkaar aan kunnen sluiten.

Structurele kosten

Bovenstaande kosten zijn het hoogst in de opstartfase, maar blijven ook aanwezig als structurele kosten. Met name de ICT-voorzieningen en improductieve uren van wijkverpleegkundigen blijven bestaan. Andere structurele kosten zijn H&A wijkverpleging overstijgend: de (overhead)uren die gaan zitten in gezamenlijke overlegstructuur en samenwerkingsverband in de regio. Deze overleggen worden echter veelal breder benut dan sec voor H&A wijkverpleging, bijvoorbeeld ook voor gesprekken rondom ziekenhuisverplaatste zorg. Interviewrespondenten geven aan dat samenwerken op dit moment onvoldoende financieel loont. Ten dele kunnen de kosten worden terugverdiend doordat zorgaanbieders door de samenwerking efficiëntere routes kunnen maken. Dit gebeurt echter op veel plaatsen nog niet.

Enkele zorgaanbieders hebben een financiële businesscase opgesteld. Het overgrote deel geeft aan dat het lastig is om dit in cijfers uit te drukken. Deze partijen hebben een zachte businesscase afgestemd. De onderstaande tabel is een samenvoeging van alle kosten- en batenposten die we hebben gehoord.

Kosten	Baten
Projectorganisatie projectleider (onafhankelijk), projectmedewerkers	Efficiëntere routes Door kritisch te kijken naar nieuwe cliënten in relatie tot bestaande routes kan de optimale route worden gecreëerd, waardoor wijkverpleegkundigen minder reistijd kwijt zijn.
Overhead tijd op bestuurlijk en managementniveau afstemming op management/directieniveau tussen aanbieders en daarnaast inzet specifieke functies voor specifieke vraagstukken (bv. Jurist, control).	Lerend netwerk Wijkverpleegkundigen leren op wijkniveau van elkaars expertise en visie, wat kan leiden tot hogere kwaliteit.
Improductieve uren op wijkniveau Afstemming in de wijk tussen wijkverpleegkundigen om bv. nieuwe cliënten en capaciteit te verdelen of gezamenlijke visie te creëren.	Efficiënter inzetten van capaciteit Door gezamenlijk met aanbieders de beschikbare capaciteit in te zetten, kan deze flexibeler en efficiënter worden ingezet.
ICT-ondersteuning ICT-middelen voor voordeur op wijkniveau (bv gezamenlijke email of speciale apps). ICT-middelen voor gegevensuitwisseling.	Doorverwijstijd bij verwijzers Door één voordeur te creëren hoeven verwijzers (huisartsen, ziekenhuizen) minder tijd te besteden aan de verwijzing naar wijkverpleegkundige zorg.

5.4 Andere randvoorwaarden zijn minstens zo belangrijk

Rol van bestuurders

Naast de bekostiging van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, zijn andere randvoorwaarden minstens zo belangrijk. Alle interviewrespondenten geven aan dat vertrouwen tussen bestuurders cruciaal is in een goede samenwerking; zonder vertrouwen komt er geen samenwerking tot stand. Een tweede randvoorwaarde is dat op bestuurlijk, management- en wijkniveau de noodzaak en urgentie aanwezig is voor samenwerking. Vrijwel alle interviewrespondenten voelen deze noodzaak en urgentie, met name door een toenemende kloof tussen zorgvraag en arbeidsmarktcapaciteit. De praktijk leert echter dat er nog veel hindernissen te nemen zijn.

Kartrekker voor H&A wijkverpleging

Een derde randvoorwaarde die terugkomt uit interviews is dat een partij de kar moet trekken. Er moet een aanjager zijn voor H&A wijkverpleging, hetzij een (dominante) aanbieder, hetzij een zorgverzekeraar. Deze partij moet energie steken in het bij elkaar brengen van de partijen en het agenderen van H&A wijkverpleging als doel voor de regio.

Onafhankelijke partij voor samenwerking

Bij succesvolle samenwerkingsverbanden zien we dat er een onafhankelijke partij is, vaak in de vorm van een projectleider. Deze projectleider is onafhankelijk van de partijen en heeft het mandaat gekregen van deelnemende organisaties om veranderingen door te voeren. De onafhankelijke partij kan daarmee ook deelnemende organisaties aanspreken. Tevens zorgt dit ervoor dat organisaties sneller deelnemen, omdat er onafhankelijk wordt omgegaan met concurrerende factoren.

Meerjarenperspectief

Ten slotte geven alle zorgaanbieders aan dat een meerjarenperspectief van cruciaal belang is. Zorgaanbieders vinden samenwerking belangrijk en willen daarom investeren in tijd en geld. Zij hebben echter ook zekerheid nodig op financieel, maar ook op organisatorisch vlak. Op dit moment geven zorgaanbieders aan dat dit vooral onvoldoende aanwezig is op financieel vlak.

5.5 Conclusie huidige bekostiging H&A wijkverpleging

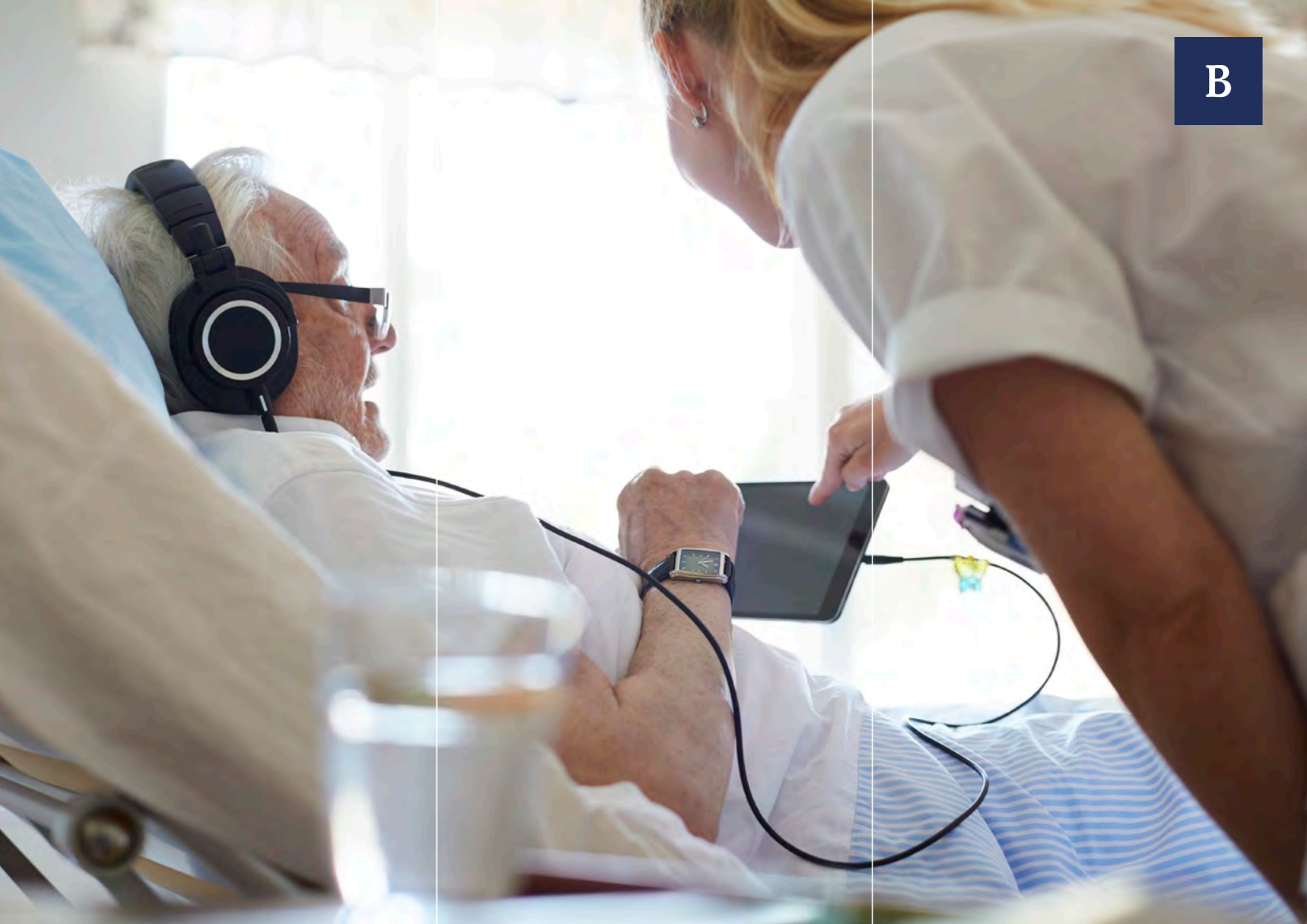
In de regio zien we veel verschillende bekostigingsvormen terug waarmee herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is gefinancierd. In de helft van de regio's krijgt de grote aanbieder extra middelen voor aanvullende taken bovenop de cliëntgebonden bekostiging. De wijze waarop deze aanvullende middelen worden geboden, varieert van een aanvullend uurtarief, weekbudget of maanbudget. Omdat deze middelen niet alleen geormerkt zijn voor H&A wijkverpleging, zien we tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars verschillende beelden bestaan waarvoor deze extra middelen bedoeld zijn. Daarbij heeft dit de neiging om te verwateren in de loop der jaren en lijkt er geen duidelijk verband tussen de werkelijke extra kosten die zorgaanbieders maken en de ontvangen middelen. Zorgaanbieders geven daarbij aan dat er onzekerheid rondom deze middelen is, omdat deze aanvullend zijn en jaarlijks opnieuw 'bedongen' moeten worden.

De SOW-subsidie wordt door meer dan de helft van de regio's gebruikt om de samenwerking vorm te geven, bijvoorbeeld voor de bekostiging van pilots. Het nadeel is dat deze subsidie niet structureel is en de huidige subsidieregeling afloopt. Een deel van de zorgverzekeraars geeft aan dat de vergoeding voor H&A wijkverpleging is opgenomen in het integrale tarief.

Daarnaast geeft een deel van de zorgverzekeraars aan dat ze welwillend zijn om H&A wijkverpleging te bekostigen als een zorgaanbieder een helder plan met businesscase voorstelt. Meerdere verzekeraars konden zich een voorstelling maken van een bekostiging voor H&A wijkverpleging, voornamelijk een tijdelijke bekostiging voor de opstartkosten.

Concluderend blijkt dat de huidige bekostiging voor H&A wijkverpleging onvoldoende adequaat is volgens zorgaanbieders in tegenstelling tot de zorgverzekeraars. De investering die ermee gemoeid is, weegt op dit moment niet op tegen de opbrengsten volgens de zorgaanbieders. Zij geven aan op H&A wijkverpleging te blijven inzetten, omdat ze de maatschappelijke plicht voelen om goede zorg te leveren, maar we horen ook twijfels of dit voor zorgaanbieders richting de toekomst nog afdoende is.

Naast bekostiging zijn andere randvoorwaarden minstens zo belangrijk, zoals onderling vertrouwen bij bestuurders, gevoelde noodzaak en urgentie, een aanbieder of zorgverzekeraar die de regie pakt en het inschakelen van een onafhankelijke partij. Dit geeft aan dat er meer dan alleen bekostiging nodig is om H&A wijkverpleging verder te brengen.



HOOFDSTUK 6

Ons advies: wenselijk is gezamenlijke regie of aparte projectorganisatie

In de komende twee hoofdstukken beschrijven wij de SOLL-situatie. De SOLL-situatie beschrijft de keuzes die gemaakt kunnen worden bij het organiseren van H&A wijkverpleging (hoofdstuk 6) en welke bekostiging daarbij past (hoofdstuk 7).

Het overzicht van de huidige situatie (IST) in de vorige twee hoofdstukken geeft goed inzicht in welke keuzes zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot dusver hebben gemaakt bij het organiseren en bekostigen van H&A wijkverpleging. Om te komen tot de SOLL-situatie hebben wij gebruik gemaakt van de vier varianten, het analysekader en de sterkte-zwakteanalyse.

In dit hoofdstuk geven we eerst een beschrijving van de vier varianten die we gedestilleerd hebben vanuit de huidige praktijk in de verschillende regio's (IST). Vervolgens beschrijven wij welke keuzes nodig zijn in de SOLL-situatie voor het organiseren van H&A wijkverpleging. In het volgende hoofdstuk beschrijven wij vervolgens de SOLL-situatie voor de bekostiging.

6.1 H&A wijkverpleging onderscheidt zich in vier varianten

Variant A: Geen regie

Bij de eerste variant is er geen aanbieder die de regie pakt, dit heeft diverse oorzaken. Zorgaanbieders geven bijvoorbeeld aan dat er primair op bestuurlijk niveau een gevoel van concurrentie is, er onderling weinig vertrouwen is tussen zorgaanbieders of dat er geen behoefte is aan samenwerking tussen de zorgaanbieders. Tegelijkertijd geven de zorgaanbieders aan dat ze nut en noodzaak van samenwerking inzien. Uit de interviews komt naar voren dat deze zorgaanbieders graag door een zorgverzekeraar geholpen worden voor de totstandkoming van de samenwerking. De zorgaanbieder lukt het namelijk niet zelfstandig om de regie te pakken.

Doordat deze zorgaanbieders geen regie hebben bij het organiseren van H&A wijkverpleging lukt het hun ook niet om H&A activiteiten te ontplooiën op uitvoerend niveau, niet alleen als niet in samenwerking. Deze zorgaanbieders kennen ook geen bekostiging voor H&A wijkverpleging en maken ook geen gebruik van subsidiegelden.

Variant B: Regie bij grote zorgaanbieder

Bij de tweede variant is er een zorgaanbieder die de regie heeft. Hierbij valt te denken aan een grote zorgaanbieder die van oudsher de dominante partij is in de regio en de regionale verantwoordelijkheid heeft. Rondom deze grote zorgaanbieder zitten vaak geen of een aantal kleinere zorgaanbieders.

Deze grote zorgaanbieder geeft vooral zelfstandig invulling aan de H&A wijkverpleging. De centrale voordeur voor verwijzers is dan ook de dominante zorgaanbieder zelf en de zorgaanbieder verdeelt de vraag in de regio. Doordat de zorgaanbieder het aanspreekpunt is voor de verwijzer is er wel sprake van een vast en overzichtelijk team per wijk, deze kent de sociale kaart en onderhoud contact met alle andere zorgaanbieders. De dominante zorgaanbieder organiseert op managementniveau de H&A wijkverpleging met andere kleinere zorgaanbieders. In sommige gevallen betreft dit een meer efficiëntere route voor op uitvoerend niveau alsook soms op uitvoerend niveau een gezamenlijk visie op wijkverpleging. De ontwikkeling van een gezamenlijke visie is echter met wisselend succes. De kleinere zorgaanbieders in de regio zijn namelijk soms afwachtend ten opzichte van de grote zorgaanbieder of de bestuurlijke verhoudingen zijn slecht waardoor er onvoldoende onderling vertrouwen is. Er is derhalve geen aanspreekcultuur op bestuurlijk en managementniveau tussen de verschillende zorgaanbieders.

Voor de organisatie van H&A wijkverpleging ontvangt de grote zorgaanbieder een opslag op het tarief. Deze opslag (vaak benoemd als 'oude S1 gelden'), zijn specifiek geoormerkt bedoeld voor de ontwikkeling en organisatie van regionale taken op het gebied van wijkverpleging. Denk aan casemanagement, specialistische verpleegtechnische zorg, onplanbare nachtzorg en recent dus de H&A wijkverpleging. Voor de grote zorgaanbieder is het echter niet altijd duidelijk welke activiteiten precies onder de opslag hoort. Daarnaast gebruikt de grote zorgaanbieder ook de SOW-subsidie.

Variant C: Gezamenlijke regie

Bij de derde variant is er al een bestaande samenwerking tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld is deze ontstaan rondom specialistische verpleegtechnische zorg, casemanagement, onplanbare nachtzorg, ELV) waarbinnen nu ook de H&A wijkverpleging wordt georganiseerd. Het is een samenwerking tussen gelijkwaardige (grote) partijen die gezamenlijk de H&A wijkverpleging organiseren. Er is niet een zorgaanbieder die specifiek de kar trekt op bestuurlijk niveau. Elke zorgaanbieder heeft een grote rol en bijdrage aan de samenwerking.

Opvallend bij de invulling van de H&A wijkverpleging is dat deze zich nog vaak in een pilotfase bevindt. De uitvoering van H&A wijkverpleging behelst een gezamenlijke voordeur voor de verwijzers waarna verdeling van cliënten plaatsvindt op basis van de beschikbare capaciteit. Bij de verdeling wordt soms ook gekeken naar efficiëntere routes. Veelal is een beeld beschikbaar van de sociale kaart op managementniveau en frequent onderling contact op uitvoerend niveau. Op uitvoerend niveau vindt er gezamenlijke triage plaats en dat leidt ook tot gesprekken tussen wijkverpleegkundigen over wat is wijkverpleging en hoe doen wij dit doelmatig. Deze gedeelde zorgvisie draagt bij aan een vast en overzichtelijk team.

De bekostiging is bij deze variant vergelijkbaar met variant B, veelal krijgen partijen extra middelen dan wel via een opslag op het tarief of een lumpsum vergoeding (bijvoorbeeld S1 voor ontwikkeling wijkverpleging). Ook in deze variant geldt dat deze extra middelen niet specifiek geormerkt zijn voor H&A wijkverpleging en er niet altijd helderheid is tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars welke activiteiten en welke doelen behaald moeten worden voor de extra middelen. Opvallend is dat de zorgaanbieders bij deze archetype ook aangeven dat de inhoud voor de verantwoording van de opslag en de vergoeding niet geormerkt is. Het is dus niet duidelijk aan de voorkant van de vaststelling van deze bekostiging voor de zorgaanbieder of de organisatie van H&A wijkverpleging hieronder valt. Daarentegen geven de zorgverzekeraars aan dat dit wel het geval is en de organisatie van H&A wijkverpleging geormerkt bij de toeslag en vergoeding hoort. Naast deze bekostiging maken deze zorgaanbieders ook gebruik van de SOW-subsidie.

Variant D: Aparte projectorganisatie

In twee regio's zien we een aparte (project)organisatie die we als vierde variant hebben gedefinieerd. Vanuit deze projectorganisatie wordt onder andere H&A wijkverpleging georganiseerd. Daarnaast wordt via deze projectorganisatie casemanagement, specialistische verpleegtechnische zorg, onplanbare nachtzorg en recent dus de H&A wijkverpleging georganiseerd. Feitelijk is dit een andere vorm van samenwerking ten opzichte van variant C.

Aan de basis van de aparte projectorganisatie staan goede bestuurlijke verhoudingen die de samenwerking dragen op managementniveau. Hierdoor lukt het de projectorganisatie om taaie uitdagingen als de onderlinge gegevensuitwisseling aan te pakken door gebruik van een gezamenlijk digitaal systeem. Ook op uitvoerend niveau is bij de projectorganisatie goede samenwerking en is er een gezamenlijk voordeur voor verwijzers met verdeling van capaciteit alsook het efficiënt inrichten van routes. Aan de basis ligt een gezamenlijke visie op wijkverpleging. De aanspreekbaarheid is hierdoor hoog; op alle niveaus is onderling een aanspreekcultuur.

De bekostiging is net als bij de andere varianten divers. Er is een vergoeding van de projectkosten door zorgverzekeraar en er wordt gebruik gemaakt van de SOW-subsidie alsook soms niet geormerkte middelen van de zorgverzekeraar (beloning op maat).

6.2 H&A wijkverpleging is vooral een organisatievraagstuk

Wijze van organiseren is bepalend voor ontwikkeling H&A wijkverpleging

Uit de vier varianten is al duidelijk geworden dat vooral onderscheid tussen regio's is te maken op basis van de regie, en niet op bekostiging of invulling van H&A wijkverpleging. Wanneer wij kijken naar de criteria voor adequate bekostiging en de verschillen tussen de vier varianten, zien wij daarom dat H&A wijkverpleging vooral een organisatievraagstuk is. Het zijn namelijk niet de verschillen in bekostiging die bepalend zijn voor de uitkomsten per criteria, maar welke keuzes zijn gemaakt bij het organiseren van H&A wijkverpleging.

Op basis van onze analyse zien wij dat de varianten gezamenlijke regie of een aparte projectorganisatie het meest succesvol zijn voor het organiseren van H&A wijkverpleging. Uit onze analyses wordt namelijk zichtbaar dat deze twee vormen van samenwerkingsafspraken het meeste resultaat bieden en het meest de beoogde gezamenlijkheid creëren. Deze gezamenlijkheid, om daadwerkelijk samen de uitdagingen in de regio aan te pakken, sluit ook aan bij de denklijnen en afspraken in het recente Integraal Zorg Akkoord (IZA). Zo wordt in het IZA, onderdeel C, expliciet wijkverpleging benoemd als één van de zorgvormen die nadrukkelijk samenwerking vraagt met ketenpartners om de acute zorg te verbeteren. Ook in onderdeel E – Versterking organisatie eerstelijnszorg – wordt nadrukkelijk aangegeven dat verhoging van de organisatiegraad in de wijkverpleging en daarmee invulling geven aan de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging gaat helpen om de eerste lijn te versterken.

Meer basishygiëne bij gezamenlijke regie en aparte projectorganisatie

Kijkend naar de criteria basishygiëne zien wij dat gezamenlijk regie en een aparte projectorganisatie aan de meeste criteria voldoen. Er is een duidelijke overeenkomst tussen zorgaanbieders alsook met zorgverzekeraars waarbij een gezamenlijk ambitie is om H&A wijkverpleging verder te brengen. De afspraken tussen zorgaanbieders zijn transparant door de gezamenlijke overeenkomst. Een ander belangrijk onderdeel is het duidelijk onderscheid dat deze twee wijzen van organiseren maken tussen eenmalige opstart- of projectkosten en structurele kosten.

Bestuurlijke samenwerking en niet bekostiging is bepalend voor ontwikkeling H&A wijkverpleging
De vraag is of de bekostiging heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van H&A wijkverpleging bij deze twee vormen van organiseren van H&A wijkverpleging. We zien wel duidelijk dat een vorm van bekostiging gepaard gaat met de ontwikkeling van H&A wijkverpleging. Zorgaanbieders waarbij reeds succesvolle bestuurlijke samenwerking bestaat, geven echter aan dat zij de H&A wijkverpleging ook hadden georganiseerd zonder bekostiging of dat de bekostiging niet aanleiding is geweest om de H&A wijkverpleging te organiseren.

Daarbij geven vrijwel alle zorgaanbieders aan dat zij de H&A wijkverpleging niet kostendekkend organiseren. Toch is de leidraad H&A wijkverpleging sturend en zien alle zorgaanbieders genoeg redenen om de H&A wijkverpleging te organiseren.

Het belangrijkste verband voor succesvolle H&A wijkverpleging zien wij met de goede verhoudingen op bestuurlijk niveau. Wanneer bestuurders elkaar vertrouwen, gezamenlijk risico willen dragen en ook een besef hebben voor maatschappelijke urgentie stimuleert dit de ontwikkeling van H&A wijkverpleging het meest. Dit leidt tot het op managementniveau organiseren H&A wijkverpleging alsook tot andere onderdelen (als onplanbare nachtzorg of gespecialiseerde wijkverpleging). Op uitvoerend niveau is vervolgens goede samenwerking te verwachten tussen wijkverpleegkundigen onderling en met verwijzers.

Organisatie H&A wijkverpleging loont vooral inhoudelijk

In regio's waar reeds samenwerking bestaat tussen zorgaanbieders en H&A wijkverpleging invulling krijgt, is bekostiging dus niet de eerste stimulans om H&A wijkverpleging te realiseren. Het lonen van H&A wijkverpleging is niet financieel, maar voor inhoudelijk. Zorgaanbieders zien de toegevoegde waarde van H&A wijkverpleging en willen deze organiseren, dat het beste lukt bij de varianten gezamenlijke regie en een apart projectorganisatie. In deze regio's werkt niet-lonende bekostiging vooral demotiverend. Indien er geen adequate, kostendekkende bekostiging is, demotiveert dit zorgaanbieders en geven zij aan mogelijk op termijn andere keuzes te maken.

In regio's waar de bestuurlijke samenwerking niet of onvoldoende van de grond komt, kan bekostiging wél een belangrijke prikkel zijn om tot samenwerking te komen, omdat op sec inhoudelijke gronden het onvoldoende lukt om tot samenwerking te komen.

Uitgangspunten uit leidraad H&A wijkverpleging gediend met gezamenlijke regie en projectorganisatie

Uit het analysekader blijkt dat, kijkend naar de criteria per uitgangspunt uit de leidraad, bij de varianten gezamenlijke regie en een apart projectorganisatie de meeste uitgangspunten zijn georganiseerd. De herkenbaarheid en aanspreekbaarheid nemen het meest toe, er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid en er worden de meeste stappen gemaakt naar gezamenlijke triage en een vast en overzichtelijk team.

6.3 Conclusie keuzes bij organiseren H&A wijkverpleging

Door onderscheid te maken tussen de regio's in vier varianten zien wij dat het succesvol invulling geven aan H&A wijkverpleging vooral een organisatievraagstuk is. Het zijn namelijk niet de verschillen in bekostiging die bepalend zijn voor de uitkomsten per criteria, maar welke keuzes zijn gemaakt bij het organiseren van H&A wijkverpleging.

Op basis van onze analyse zien wij dat de varianten gezamenlijke regie of een aparte projectorganisatie wenselijk zijn voor het organiseren van H&A wijkverpleging. Kijkend naar de criteria basishygiëne voor bekostiging en organisatieafspraken van H&A wijkverpleging zien wij dat bij deze varianten aan de meeste criteria wordt voldaan. Ook blijkt dat bij deze varianten de meeste uitgangspunten van H&A wijkverpleging zijn georganiseerd.

Zorgaanbieders waar reeds bestuurlijke samenwerking met andere aanbieders was, geven aan dat zij de H&A wijkverpleging ook hadden georganiseerd zonder bekostiging of dat de bekostiging niet aanleiding is geweest om de H&A wijkverpleging te organiseren. Tegelijkertijd geeft een deel van deze zorgaanbieders ook aan te twifelen of dit voor de toekomst haalbaar blijft zonder aanvullende bekostiging. De grootste stimuli voor de ontwikkeling van H&A wijkverpleging zijn de goede verhoudingen op bestuurlijk niveau en het besef van maatschappelijke urgentie. Zorgaanbieders geven aan dat het organiseren van H&A wijkverpleging op dit moment niet financieel loont, maar vooral inhoudelijk loont.



HOOFDSTUK 7

Ons advies: ontwikkel wijkverpleging via paraplubekostiging

In dit laatste hoofdstuk beschrijven wij de SOLL-situatie voor de bekostiging. Hiermee beantwoorden we de derde onderzoeksvraag. Voor het bepalen of bekostiging adequaat is, zijn de in voorgaand hoofdstuk beschreven keuzes bij het organiseren van H&A wijkverpleging belangrijk. Uit de interviews blijkt namelijk dat de verschillende organisatievormen bepalend zijn voor de toepassing van de leidraad H&A wijkverpleging. Bekostiging moet hierbij vooral de juiste prikkels geven om deze organisatie te stimuleren.

In onze analyse van de vier varianten is te zien dat twee varianten aan meer criteria voldoen in het analysekader en bij deze twee varianten op basis van de sterkte en zwakteanalyse meer positieve bevindingen zijn voor zowel de organisatieafspraken en de bekostiging. Op basis van deze twee varianten komen wij daarom tot ons advies voor de meeste adequate bekostiging van de H&A wijkverpleging, waarbij we vooral beschouwen hoe bekostiging hieraan kan bijdragen.

Tegelijkertijd kunnen wij niet uitsluiten dat er in regio's op casusniveau valide argumenten zijn waarom in bepaalde situaties bekostigingswijze X beter is en in andere situaties bekostigingswijze Y. Hierover hebben we ook in de diverse interviews verschillende beelden opgehaald. Mede daarom starten wij dit hoofdstuk met een samenvatting van de antwoorden die zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan ons hebben gegeven over wat voor hen in de eigen situatie een gewenste SOLL-situatie is.

Vervolgens presenteren wij ons eigen adviezen ten aanzien van toekomstige bekostiging voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Dit advies is gebaseerd op de rode draden vanuit de interviews, de waardevolle gesprekken tijdens de validatiesessie én onze eigen analyses en bespiegelingen op de thematiek. Wij geloven dat met ons advies er een gedegen richting ligt voor alle betrokken partijen dat recht doet aan ieders belang én bovenal een richting die het veld (aanbieders én verzekeraars) gaat helpen om de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging verder te brengen.

7.1 Zorgaanbieders willen structurele en apart geormerkte bekostiging

Hieronder, in 7.1, staat een samenvatting van de antwoorden die zorgaanbieders aan ons hebben gegeven over wat voor hen in de eigen situatie een gewenste SOLL-situatie is.

H&A wijkverpleging is volgens zorgaanbieders meer dan coördinatie en verdeling, ook gezamenlijke preventie

Uit de gesprekken met zorgaanbieders komt naar voren dat zij onder H&A wijkverpleging veel verstaan en ook veel willen organiseren. Wat als eerste georganiseerd wordt, is vooral de gezamenlijke coördinatie en verdeling van de vragen in de wijk. Hierbij willen zorgaanbieders ook gezamenlijk afspraken maken op uitvoerend niveau over doelmatige en kwalitatief gelijkwaardige inzet van zorg in de wijk. Hierbij valt te denken aan vraagstukken als; 'welke wijkverpleging wordt bij welke casuïstiek ingezet' en 'welke mate van preventie wordt in welke casuïstiek ingezet'.

Een groot deel van de zorgaanbieders heeft binnen H&A wijkverpleging ook ambities op de inzet van gezamenlijke preventie op wijkniveau. Dus hoe zorgen zorgaanbieders gezamenlijk op wijkniveau dat de zorgvraag van kwetsbare ouderen beperkt blijft? Hierbij valt te denken aan oplossingen als het organiseren van een wijkpunt, een inloopsprekkuur bij de huisarts of programma's op wijkniveau. Het gaat hier om het organiseren van wijkverpleging op preventieve basis voordat kwetsbare ouderen een cliënt worden. Deze ambities zien zij nog niet overal in de praktijk gerealiseerd.

Aparte en duidelijk geormerkt bekostiging is nodig. Wanneer wij vragen naar de wenselijke situatie op het gebied van bekostiging geven zorgaanbieders aan dat veel kosten voor H&A wijkverpleging buiten de productieve uren wijkverpleging vallen (hetgeen waarop de huidige reguliere bekostiging is gestoeld). Een groot deel van de kosten is ook niet een-op-een aan individuele cliënten gekoppeld, maar betreft organisatiekosten om bepaalde infrastructurele zaken in de wijk te organiseren. Het gaat bijvoorbeeld bij de gezamenlijke preventie niet om uren die PxQ bij cliënten worden ingezet en ook niet per definitie om taken die door (wijk)verpleegkundigen of verzorgenden worden verzet.

Zorgaanbieders willen gemiddeld genomen dat de gehele organisatie van H&A wijkverpleging apart kostendekkend wordt bekostigd. Zorgaanbieders willen hiervoor een businesscase aanleveren en inzichtelijk maken welke extra kosten zij maken buiten de productieve uren of uren gemaakt door een wijkverpleegkundige. Belangrijk is dus dat de bekostiging van H&A wijkverpleging apart geormerkt wordt, zodat duidelijk is of de bekostiging hiervoor kostendekkend ten opzichte van de kosten in de businesscase.

Maak verschil tussen opstartfase en structurele ondersteuning

Zorgaanbieders geven daarbij aan dat de bekostiging een verschil moet maken tussen de opstartfase en de structurele bekostiging van de organisatie van H&A wijkverpleging. Op veel plekken zijn de structurele kosten op dit moment niet of niet volledig in beeld, omdat de opstartfase nog loopt.

In die regio's waar op dit moment geen regie is, is het belangrijk dat een zorgaanbieder de mogelijkheid krijgt om de voortrekkersrol te pakken, aldus de zorgaanbieders, én hierbij ondersteuning krijgt vanuit de preferente zorgverzekeraar. Door het gebrek aan bestuurlijke samenwerking in deze regio's vinden zorgaanbieders bekostiging nodig om het financiële risico te dekken voor de 'kartrekker'.

Wanneer de samenwerking staat, er tussen zorgaanbieders bestuurlijk vertrouwen is en op managementniveau een vorm van projectorganisatie staat die aan H&A wijkverpleging uitvoering geeft, is een structurele bekostiging volgens zorgaanbieders nodig. Deze structurele bekostiging dekt dan specifiek de kosten die niet te relateren zijn aan productie of specifieke cliënten.

Vragend naar de vorm van financiering gaven veel zorgaanbieders aan dat de vorm van financiering niet bepalend is, maar vooral dat deze kostendekkend en structureel is. De mogelijkheid van subsidie valt daarmee voor zorgaanbieders af.

Ondersteuning en soms leiding van zorgverzekeraar nodig

In regio's waar op dit moment geen regie is op de samenwerking, zien zorgaanbieders graag de zorgverzekeraar meer regie pakken. De zorgverzekeraar moet in die gevallen een interventie plegen om de ontwikkeling van H&A wijkverpleging op gang te brengen. In de leidraad staat "waar de samenwerking niet tot stand komt, stimuleren de zorgverzekeraars het initiatief om samen met zorgaanbieders te zorgen dat dit alsnog gebeurt". Hierbij wordt gedacht aan het financieren van een onafhankelijke projectorganisatie of het financieren van een zorgaanbieder die de H&A wijkverpleging wil organiseren. Daarbij kan de preferente zorgverzekeraar ook de niet-deelnemende zorgaanbieders stimuleren door bijvoorbeeld een bonus- of malusregeling in het tarief op te nemen en zodoende samenwerking af te dwingen. Naast leiding nemen door zorgverzekeraars is het voor zorgaanbieders ook wenselijk dat de andere zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen, zodat de afspraken op beleid met de andere zorgverzekeraars gelijkgericht blijven.

7.2 Zorgverzekeraars willen ontwikkeling en creativiteit

Hieronder, in 7.2, staat een samenvatting van de antwoorden die zorgverzekeraars aan ons hebben gegeven over wat voor hen in de eigen situatie een gewenste SOLL-situatie is.

Geen aparte bekostiging voor elke aparte taak

Het aanbieden van H&A wijkverpleging is een taak voor zorgaanbieders die belangrijk is voor de ontwikkeling van de wijkverpleging, maar niet overal wordt opgepakt. Zorgverzekeraars maken daarbij de kanttekening dat nog veel meer taken belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de wijkverpleging en dat het ontwikkelen van de wijkverpleging gezien mag worden als reguliere taak van een aanbieder van wijkverpleging.

Zorgverzekeraars zien daarbij dat de organisatie van H&A wijkverpleging extra tijd en investering vraagt van zorgaanbieders en willen hieraan bijdragen. Het apart bekostigen als aparte taak is alleen niet wenselijk. Wanneer elke aparte taak van de zorgaanbieder voor de ontwikkeling van de wijkverpleging separaat wordt bekostigd, zal dit de ontwikkeling verstarren. Aparte bekostiging van elke aparte taak prikkelt namelijk de aanbieder om deze aparte taak in stand te houden en deze niet door te ontwikkelen of zelf te stoppen wanneer dit nodig is. Daarbij kan dit leiden tot verhoging van de administratieve lasten als voor elke inhoudelijke ontwikkeling een aparte bekostigingstitel wordt gehanteerd.

Een opslag voor slimme oplossingen en creativiteit

De meeste zorgverzekeraars die we gesproken hebben, zien een oplossing in de vorm van een opslag of een lumpsum vergoeding voor de bredere doorontwikkeling van wijkverpleging door zorgaanbieders. Een enkeling geeft aan dat zorgaanbieders dit 'binnen de vrijheid van het integrale tarief kunnen oplossen'. Met een opslag of een vergoeding worden zorgaanbieders geprikkeld om nieuwe slimme oplossingen te bedenken voor de ontwikkeling van wijkverpleging. Dit kunnen oplossingen in organisatorische zin zijn, maar ook bijvoorbeeld de inzet van nieuwe technologie. Daarbij geeft dit zorgaanbieders een prikkel om creatief te zijn bij het organiseren van de ontwikkeling van wijkverpleging om maximaal de opslag of vergoeding uit te nutten.

Veel ontwikkeltaken binnen de wijkverpleging gaan namelijk over samenwerking, dit kan zijn voor onplanbare nachtzorg of specialistische verpleegtechnische zorg en H&A wijkverpleging. Logischerwijs valt voor de organisatie van bovenstaande taken inzet te combineren. Zeker op bestuurlijk niveau, alsook op managementniveau, zullen overleggen en organisatie voor deze onderwerpen worden gecombineerd. Het is derhalve onlogisch om deze taken apart te bekostigen terwijl deze taken veel overlap vertonen bij de organisatie ervan.

Financiering op basis van businesscase

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat het hen helpt om samen met zorgaanbieders een businesscase te maken. Met een heldere businesscase wordt het inzichtelijk wat zorgaanbieders organiseren voor de ontwikkeling van wijkverpleging, op welke wijze zij dit organiseren, welke kosten zij daarvoor maken en welke mogelijke baten hiertegenover staan (bijvoorbeeld efficiëntere inzet personeel). Op basis van een businesscase kunnen zorgverzekeraars samen met de zorgaanbieders het goede gesprek voeren over wat nodig is voor de ontwikkeling van de regio alsook welke rol de zorgverzekeraar hierbij kan innemen.

7.3 Bekostiging samenwerking bij opstarten

Ons advies voor adequate bekostiging is ten eerste een advies voor een adequate werkwijze bij het organiseren H&A wijkverpleging. Wanneer wij de bekostiging hierop aansluiten, adviseren wij dat de bekostiging vooral deze keuzes bij het organiseren van H&A wijkverpleging moeten ondersteunen.

Samenwerking levert meer op, alleen ben je sneller, samen kom je verder

Op basis van de sterkte-zwakteanalyse zien wij meer positieve punten bij gezamenlijke regie en aparte projectorganisatie. Dat geldt voor zowel de bekostiging als de organisatieafspraken. Uit de sterkte-zwakteanalyse blijkt, net als uit het analysekader, dat samenwerking bepalend is voor de ontwikkeling van H&A wijkverpleging. Het gaat hier om alle niveaus, zowel bestuurlijk, management als op uitvoerend niveau. Samenvattend geldt het gezegde; alleen ben je sneller, maar samen kom je verder.

Samenwerking tussen zorgaanbieders maakt het gemakkelijker om invulling te geven aan de uitgangspunten van de leidraad H&A wijkverpleging, passend bij de eigen regionale omgeving en de bestaande verhoudingen tussen zorgaanbieders. Dat is belangrijk, want de leidraad H&A wijkverpleging geeft veel ruimte voor lokale invulling. Deze ruimte voor lokale invulling is nodig in verband met de regionale variatie. Kijkend naar de bekostiging stellen wij daarom dat de bekostiging vooral de samenwerking tussen aanbieders van wijkverpleging moet stimuleren.

Bekostiging door zorgverzekeraars voor opstarten

Een van de varianten is echter geen regie waar duidelijk geen gezamenlijkheid is. Uit onze analyse blijkt dat in deze regio's weinig gezamenlijk wordt georganiseerd en datgene dat gezamenlijk wordt gedaan ook niet effectief is.

Wanneer er geen regie is in een regio is het belangrijk dat deze regie wordt gestimuleerd. De preferente zorgverzekeraar in de regio is in onze optiek in die situaties de aangewezen partij om de regie te pakken en een zorgaanbieder aan te wijzen om de gezamenlijkheid te organiseren. Deze gewenste sturing vanuit de preferente zorgverzekeraar is in verschillende interviews benoemd, zowel door zorgverzekeraars maar zeker ook door zorgaanbieders. Daarbij sluit dit ook aan bij de rol die zorgverzekeraars wordt toegedicht in het IZA, waarbij expliciet wordt genoemd dat zorgverzekeraars via de inkoop beter kunnen sturen op versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg.

Belangrijk hierbij is dat verzekeraars naast de jaarlijkse gesprekscyclus ook herkenbaar en aanspreekbaar zijn voor de zorgaanbieders.

Een subsidie die veelal wordt gebruikt om de opstartkosten te dekken is volgens ons niet werkbaar in deze situatie. De subsidie is immers vrijblijvend om aan te vragen en wordt veelal aangevraagd door zorgaanbieders waar al enige vorm van samenwerking bestaat. Bij het ontbreken van regie bij zorgaanbieders zal enkel een subsidie ook in de toekomst onvoldoende zijn om een samenwerking van de grond te krijgen. Een subsidie wordt immers zonder regie niet aangevraagd.

Een vergoeding vanuit de zorgverzekeraar gericht op de opstartkosten is volgens ons de juiste optie voor adequate bekostiging bij het ontbreken van regie in de regio. Wanneer de zorgaanbieder akkoord is met de vergoeding vanuit de zorgverzekeraar om de regie op te pakken, dwingt de vergoeding de zorgaanbieder om het voortouw te nemen en is deze niet vrijblijvend. Wij zien dat zorgaanbieders zich bewust zijn van de maatschappelijke opgave, maar bij geen regie tegen het gebrek aan bestuurlijke samenwerking aanlopen of niet bereid zijn (financiële) risico's te nemen.

De vergoeding vanuit de zorgverzekeraar voor de opstartkosten kan via een beloning op maat constructie of via transformatiegelden, want door de regionale variatie is het belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ruimte hebben om verschillende keuzes te maken voor de vergoeding.

Wij kunnen ons voorstellen dat wanneer een dominante zorgaanbieder de opdracht krijgt om wijkverpleging verder te ontwikkelen in de regio, dit een andere bekostiging en afspraken vraagt dan wanneer drie zorgaanbieders gezamenlijk samenwerkingsafspraken moeten maken.

Naast deze vergoeding kan het van belang zijn dat de zorgverzekeraar meer doet om samenwerking te creëren, bijvoorbeeld door ook actief te sturen richting de andere zorgaanbieders om deel te nemen in de samenwerking. Dit doen ze door bijvoorbeeld door een bonus-/malusregeling op het tarief.

Ook kan het voor regio's waar wel al een samenwerking bestaat een dergelijke constructie helpend zijn om de opstartfase te versnellen. De schaal waarop samenwerking op dit moment plaatsvindt verschilt immers. Met name in regio's waar meerdere zorgaanbieders gezamenlijk regie hebben zien we een relatief lager tempo waarin H&A wijkverpleging wordt geïmplementeerd.

7.4 Koop in wat zorgaanbieders in samenwerking moeten ontwikkelen

Paraplubekostiging voor organisatie van ontwikkeling wijkverpleging met duidelijke kaders en verwachtingen

Structurele bekostiging die niet cliëntgebonden is, lijkt nodig om de wijkverpleging verder te ontwikkelen. Niet-cliantgebonden bekostiging zorgt ervoor dat er geen prikkel bij zorgaanbieders is om meer cliënten te bedienen. Het geeft zorgaanbieders de ruimte om creatief en efficiënt processen in te richten. De structurele bekostiging moet daarbij niet H&A-gelabeld zijn, maar breder, zodat er ook efficiëntie te behalen is in de organisatie van verschillende regionale taken op het gebied van wijkverpleging. Denk aan casemanagement, specialistische verpleegtechnische zorg en onplanbare nachtzorg naast de H&A wijkverpleging. Voor een structurele bekostiging raden wij het daarom af om H&A wijkverpleging apart te oormerken om starheid in de organisatie van de ontwikkeling van de wijkverpleging te voorkomen.

Ons advies is om een structurele paraplubekostiging tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk te maken. Dat betekent geen opslag op het tarief zodat de bekostiging niet cliëntgebonden is, maar een meerjarige lumpsum bekostiging. Meerjarig is nodig om te zorgen dat zorgaanbieders het voortouw blijven nemen bij het verbeteren van de samenwerking voor ontwikkeling van de wijkverpleging.

Onder de paraplubekostiging valt dan datgene wat je niet effectief als zorgaanbieder alleen in de wijkverpleging kunt organiseren of ontwikkelen en dus in samenwerking moet organiseren. De paraplubekostiging gaat dan over het organiseren van de samenwerking en de benodigde infrastructuur. Het verschilt echter per regio wat duidelijke transparante afspraken van belang maakt over wat zorgverzekeraars van zorgaanbieders verwachten voor deze aanvullende bekostiging. Ook dienen deze afspraken schriftelijk vastgelegd te worden. We zien in de praktijk bijvoorbeeld dat de oude S1-gelden op veel plekken in enige vorm nog wel bestaan, maar dat deze 'verwateren' en er geen duidelijk beeld is wat zorgaanbieders dan voor deze gelden moet oplossen.

Ondersteunend hieraan is een gezamenlijke businesscase van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar nodig. Een businesscase bestaat bijvoorbeeld uit een helder doel en scope, het (operationele) plan, de verwachte opbrengsten, de verwachte kosten en de (financiële) consequenties naast de risico's. Voor het goede gesprek is het namelijk belangrijk om te spreken over wat er onder de organisatie van ontwikkeling van de wijkverpleging valt in hun regio (doel en scope), maar ook wat het de zorgaanbieders kost (financiële consequenties) om deze niet- cliëntgebonden activiteiten te organiseren (operationeel plan).

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor inkopen dekkend zorgaanbod

Op basis van de businesscase kan de zorgverzekeraar de samenwerking voor de ontwikkeling van de wijkverpleging kostendekkend inkopen. Maar misschien belangrijker nog, de zorgaanbieder kan bij een businesscase ook besluiten om deze dienst niet te verkopen wanneer de zorgverzekeraar deze dienst niet kostendekkend inkoop.

Op basis van de leidraad H&A wijkverpleging is de zorgverzekeraar namelijk verantwoordelijk voor het kostendekkend inkopen. In de interviews geven zorgaanbieders het beeld dat zij deze specifieke dienstverlening onder de kostprijs verkopen. Het goed organiseren van H&A wijkverpleging loont daarbij voornamelijk bij andere sectoren als huisartsen of bij ziekenhuizen en niet bij de organiserende zorgaanbieders. Dat maakt dat sommige zorgaanbieders de ambitie uitspreken om te stoppen met de organisatie van de ontwikkeling van de wijkverpleging. Om toch de besparingen bij andere sectoren te continueren, is het wenselijk dat de zorgverzekeraar hier op inspeelt met adequate bekostiging.

Een uitdaging hierbij is dat elke zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor zijn eigen verzekerden. Dit maakt het in regio's waar geen of minder sprake is van een preferente zorgverzekeraar lastiger om regionaal te sturen. Immers, met welke zorgverzekeraar contracteert een (collectief van) zorgaanbieder(s) dan de extra taken rondom H&A wijkverpleging? In onze optiek zou het helpen als zorgverzekeraars op inhoud het beleid van de preferente zorgverzekeraar volgen of daar waar dit lastig ligt, met elkaar afspraken maken en samenwerken binnen een regio. In het IZA wordt hier ook nadrukkelijk toe opgeroepen: 'voor impactvolle transformaties is het bovendien nodig dat zorgverzekeraars gelijkgericht contracteren'. In de leidraad staat hierover dat in elk geval de grootste zorgverzekeraar het initiatief neemt en vertonen de andere zorgverzekeraars congruent gedrag. In onze optiek is de transformatie in de wijkverpleging in potentie zeer impactvol en deze gaat verder dan de leidraad H&A wijkverpleging.

7.5 Conclusie bekostiging H&A wijkverpleging

Zorgaanbieders willen gemiddeld genomen dat H&A wijkverpleging apart, geoormerkt kostendekkend wordt bekostigd. Belangrijk is dat de bekostiging apart geoormerkt wordt, zodat je duidelijk kan maken of de bekostiging kostendekkend is. Zorgaanbieders geven aan dat de bekostiging een verschil moet maken tussen de opstartfase en de structurele bekostiging. Wanneer de samenwerking staat is een structurele bekostiging nodig die de kosten buiten de productie om dekt. Wanneer er geen samenwerking is, zien zorgaanbieders graag een interventie vanuit de zorgverzekeraar in de vorm van een financiële prikkel en waar nodig door verzekeraars actieve sturing in de regio richting andere zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars vinden het separaat bekostigen van H&A Wijkverpleging niet wenselijk. Wanneer elke aparte taak voor de ontwikkeling van de wijkverpleging separaat wordt bekostigd, zal dit de ontwikkeling verstarren. Daarentegen met een generieke opslag of een vergoeding worden zorgaanbieders geprikkeld om nieuwe slimme oplossingen te bedenken voor de bredere ontwikkeling van wijkverpleging. Het is niet logisch om diverse taken apart te bekostigen terwijl deze taken veel overlap vertonen in de organisatie van deze taken en ontwikkelingen. Zorgverzekeraars zien graag een businesscase die de kosten voor het organiseren en ontwikkelen zichtbaar maken.

Wanneer wij de bekostiging aansluiten op de gewenste werkwijze, adviseren wij dat de bekostiging vooral de samenwerking moet stimuleren. Samenvattend geldt; alleen ga je sneller, maar samen kom je verder. Bij geen regie in de regio is het belangrijk dat zorgaanbieders worden gestimuleerd om tot samenwerking en regie te komen. De zorgverzekeraar moet dan een zorgaanbieder aanwijzen om de samenwerking te organiseren. Een vergoeding voor opstartkosten is volgens ons dan de juiste prikkel qua bekostiging. De vergoeding voor de opstartkosten dwingt de zorgaanbieder om het voortouw te nemen en is niet vrijblijvend. De vergoeding vanuit de zorgverzekeraar kan via een beloning op maat constructie, zodat er ruimte is om verschillende keuzes te maken op variatie van de regio.

Structurele niet-cliëntgebonden bekostiging is nodig voor datgene wat je niet effectief als zorgaanbieder alleen in de wijkverpleging kunt organiseren of ontwikkelen en dus in samenwerking moet organiseren. Wij adviseren om niet alleen voor H&A wijkverpleging te bekostigen maar breder, zodat er ook efficiëntie te behalen is in de organisatie van verschillende regionale taken op het gebied van wijkverpleging. Doordat de bekostiging niet cliëntgebonden is, worden aanbieders gestimuleerd om creatief en efficiënt met de middelen om te gaan. Ons advies is daarom een paraplubekostiging voor het organiseren van de samenwerking ten behoeve van de ontwikkeling van de wijkverpleging en de benodigde infrastructuur.

Transparante afspraken over wat zorgverzekeraars van zorgaanbieders specifiek van elkaar verwachten zijn van belang bij deze bekostiging. Een businesscase helpt zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor duidelijke afspraken over wat onder deze bekostiging valt, zodat de zorgverzekeraar de samenwerking voor de ontwikkeling binnen de wijkverpleging kostendekkend kan inkopen. Ook kan de zorgaanbieder wanneer zij een goed onderbouwde businesscase heeft, besluiten om deze dienst niet te verkopen indien hier een niet kostendekkende bekostiging tegenover staat. In onze optiek zou het helpen als zorgverzekeraars het beleid van de preferente zorgverzekeraar volgen. Het is namens ons ook vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar wenselijk om H&A wijkverpleging adequaat te bekostigen om besparingen bij andere sectoren te continueren.

BIJLAGE 1

Analysekader

Basishygiëne voor adequate bekostiging of samenwerkingsafspraken

Criteria	Variant A Geen regie	Variant B Regie bij grote zorgaanbieder	Variant C Gezamenlijke regie	Variant D Aparte projectorganisatie
Contractuele overeenkomst aanwezig tussen aanbieder en zorgverzekeraar.	Niet aanwezig	Ja, een overeenkomst waarbij aanbieder verantwoordelijk is voor regionale ontwikkeling en organisatie van wijkverpleging.	Ja, vaak is er sprake van een convenant tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.	Ja, tussen zorgaanbieders zijn afspraken gemaakt en individueel met zorgverzekeraar.
Bekostiging is kostendekkend voor gewijzigde taken.	Niet aanwezig, zowel bekostiging als gewijzigde taken.	Niet volgens zorgaanbieders. Gebruik van SOW-subsidie en sommige zorgaanbieders hebben een opslag op tarief of extra budget.	Niet volgens zorgaanbieders. Gebruik van SOW-subsidie en sommige zorgaanbieders hebben een opslag op tarief of extra budget.	Niet volgens zorgaanbieders.
Bekostiging* is gebaseerd op alle elementen die gezamenlijk de integrale kostprijs voor zorgaanbieders bepalen.	Geen bekostiging.	Voor aanbieder is onduidelijk wat onder de extra middelen valt. SOW-subsidie is niet integraal en sowieso tijdelijk.	Voor aanbieder is onduidelijk wat onder de extra middelen valt. SOW-subsidie is niet integraal en sowieso tijdelijk.	Nee, een deel van de kosten wordt gedekt door beloning op maat en SOW-subsidie.
Bekostiging maakt onderscheid tussen project/opstartkosten en structurele kosten	Geen bekostiging.	Gedeeltelijk, de SOW-subsidie wordt vaak ingezet voor (een deel van) de opstart-kosten. De extra middelen worden jaarlijks vastgesteld en dienen volgens zorgverzekeraar voor alle kosten.	Gedeeltelijk, de SOW-subsidie wordt vaak ingezet voor (een deel van) de opstart-kosten. De extra middelen worden jaarlijks vastgesteld en dienen volgens zorgverzekeraar voor alle kosten.	Gedeeltelijk, opstartkosten zijn vergoed en structurele kosten worden betaald door deelnemende zorgaanbieders.
Mate van praktische uitvoerbaarheid	Geen bekostiging.	Redelijk, de bekostiging vraagt een jaarlijkse verantwoording en aanbieder is kassier.	Redelijk, de bekostiging vraagt een jaarlijkse verantwoording en aanbieder is kassier.	Wisselend, afhankelijk van verantwoording aan één of veel zorgverzekeraars
Draagt bekostiging bij aan een structurele oplossing	Geen bijdrage.	Gedeeltelijk, extra middelen vanuit zorgverzekeraar zijn bedoeld voor ontwikkeling regionale functies, maar aanbieder ervaart dit niet als structureel.	Nee, bekostiging is niet de primaire drijver voor structurele samenwerking. Bekostiging remt ambitie soms af omdat aanbieder middelen niet als structureel ervaart.	Ja, de structuur blijft bestaan dankzij bekostiging.
Er is een businesscase	Geen businesscase.	Geen harde businesscase.	Geen harde businesscase.	Beschikbaar.
De financiële afspraken zijn transparant en eenduidig.	Geen financiële afspraken.	Gedeeltelijk, hoogte van de extra middelen zijn wel transparant, maar onduidelijk wat hiervoor precies moet worden geleverd. Voor kleine zorgaanbieders is er geen transparantie.	Gedeeltelijk, hoogte van de extra middelen zijn wel transparant, maar onduidelijk wat hiervoor precies moet worden geleverd. Tussen zorgaanbieders zijn meestal transparante afspraken.	Gedeeltelijk, wel voor opstartkosten maar niet voor beloning op maat.
Bekostiging vergoedt zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden.	Geen bekostiging.	Ja, het gaat over verpleegkundige zorg.	Ja, het gaat over verpleegkundige zorg.	Ja, het gaat over verpleegkundige zorg.
Leidt niet tot toename van zorg.	Geen effect.	Geen effect waargenomen.	Geen effect waargenomen.	Geen effect waargenomen.
Bestuurlijk draagvlak en vertrouwen	Ontbreekt.	Beperkt tussen grote en kleine zorgaanbieders.	Groot tussen zorgaanbieders door eerdere succes ervaringen.	Groot tussen zorgaanbieders door aparte positionering organisatie.
Focus op urgentie maatschappelijke opgave	Wel ambitie om te ontwikkelen.	Vooral aanwezig bij grote aanbieder.	Groot tussen zorgaanbieders.	Groot, zelfs gemotiveerd om aparte organisatie te starten.
Meerjarenperspectief met bereidheid tot nemen risico's	Beperkt bereidheid om risico's te nemen.	Vooral aanwezig bij grote aanbieder, maar wel 'angst' voor toekomst door beperkt zicht op structurele middelen.	Aanwezig bij gezamenlijke zorgaanbieders, maar wel 'angst' voor toekomst door beperkt zicht op structurele middelen.	Aanwezig.

Bekostiging en organisatieafspraken dragen bij aan de uitgangspunten van H&A wijkverpleging

Criteria	Variant A	Variant B	Variant C	Variant D
Bekostiging* stimuleert samenwerking tussen zorgaanbieders in de wijk.	Geen bekostiging en minimale samenwerking op onplanbare nachtzorg of coördinatie.	Ja, bekostiging stimuleert aanbieder om samenwerking op te zoeken.	Gedeeltelijk, afspraken zijn voorlopig op bekostiging.	Ja, zonder bekostiging was aparte projectorganisatie niet gestart.
Bekostigingsafspraken* stimuleren bereikbaarheid en herkenbaarheid wijkverpleging in de wijk.	Geen bekostiging en geen herkenbaarheid, wel soms verbetering bereikbaarheid door gebruik van gezamenlijke app.	Beperkt, grote aanbieder heeft bereikbaarheid georganiseerd, maar interprofessioneel overleg voor herkenbaarheid ontbreekt.	Ja, bereikbaarheid en herkenbaarheid nemen toe*.	Ja, bereikbaarheid en herkenbaarheid nemen toe.
Bekostigingsafspraken* stimuleren een vast en overzichtelijk team in de wijkverpleging voor de cliënt.	Geen bekostiging en geen overzichtelijk team.	Nee, de grote aanbieder is het eerste aanspreekpunt.	Beperkt, wel gezamenlijke plannen door stimulans SOW-subsidie.	Ja, minimaal per wijk zichtbaar welk team beschikbaar is.
Bekostigingsafspraken* stimuleren aanspreekbaarheid in de keten van zorg en ondersteuning in de wijk.	Geen bekostiging en geen aanspreekbaarheid tussen zorgaanbieders.	Gedeeltelijk, een aanspreekpunt voor verwijzers is aanwezig, maar geen aanspreekbaarheid met andere kleine zorgaanbieders.	Beperkt, vaak in pilotvorm een bemiddelings- of coördinatie-overleg of functie ingericht*.	Ja, gezamenlijk contactpunt voor cliënten en verwijzers.
Bekostigingsafspraken* stimuleren gezamenlijke verantwoordelijkheid in de wijk.	Geen bekostiging en beperkte gezamenlijke afspraken.	Gedeeltelijk, grote aanbieder wil verantwoordelijkheid leidend maken en minder concurrentie.	Ja, afspraken dragen bij aan gezamenlijke verantwoordelijkheid*.	Ja, bekostiging draagt bij.
Bekostigingsafspraken* stimuleren efficiëntere triage.	Geen bekostiging, wel initiatieven voor beter triage als gebruik van een app of start met coördinatiepunt.	Gedeeltelijk, triage is efficiënter, maar dit was ook georganiseerd zonder bekostiging.	Beperkt, of nog niet georganiseerd of nog in pilotfase*.	Ja, er is een gezamenlijk triagepunt op wijkverpleegkundig niveau.
Bekostigingsafspraken* dragen bij aan ondervangen arbeidsmarktproblematiek	Geen bekostiging en arbeidsmarktproblematiek is geen thema.	Gedeeltelijk, SOW-subsidie ondervangt belasting wijkverpleegkundigen.	Niet direct, wel sturing op doelmatigheid maar niet als apart onderwerp.	Beperkt, wel tijdsbesparing maar niet als apart doel.
Bekostiging* draagt bij aan tijdswinst over de domeinen heen	Geen bekostiging, wel enige tijdswinst soms door samenwerking op onplanbare nachtzorg of gebruik capaciteitsapp.	Gedeeltelijk, tijdswinst bij verwijzers maar dit was ook georganiseerd zonder bekostiging.	Nee, er is meer contact en nog geen duidelijk tijdswinst.	Ja, tijdswinst zit vooral bij de verwijzer.
Bekostigingsafspraken* stimuleren regierol van zorgverzekeraars	Nee, er ontbreken afspraken en regierol bij zorgverzekeraars.	Nee, regie ligt bij aanbieder. Rol zorgverzekeraars is beperkt tot informatief.	Beperkt, zorg-verzekeraars hebben vooral een volgende rol.	Nee, regierol ligt bij aanbieder en zorgverzekeraar stimuleert.
* en organisatieafspraken			* Onduidelijk of bekostiging bijdraagt, wel associatie maar geen duidelijk causaal verband.	

BIJLAGE 2

Sterkte-zwakteanalyse

Variant A: Geen regie

	Positief	Negatief
Organisatieafspraken	<ul style="list-style-type: none"> • Er is wel de wil bij zorgaanbieders om de H&A wijkverpleging te organiseren. • Er vindt wel innovatie plaats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgaanbieders hebben niets of niet meer dan een gezamenlijke voordeur georganiseerd. • Er is geen stimulans om meer te organiseren. • De H&A leidraad wordt niet ingevuld.
Bekostiging		<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen organisatie of initiatief om te financieren. • Er is geen financiële prikkel om H&A wijkverpleging te organiseren en te innoveren.

Variant B: Regie bij grote zorgaanbieder

	Positief	Negatief
Organisatieafspraken	<ul style="list-style-type: none"> • Doordat er één grote zorgaanbieder is, is er per definitie een vast en overzichtelijk team. • Het lukt om sneller stappen te zetten in H&A wijkverpleging. 	<ul style="list-style-type: none"> • De ontwikkeling van H&A wijkverpleging wordt belemmerd door bestuurlijke verhoudingen en ongelijkwaardigheid tussen zorgaanbieders. • Dit uit zich voornamelijk in een gezamenlijke visie. • Het stimuleert kleine zorgaanbieders niet om deel te nemen.
Bekostiging	<ul style="list-style-type: none"> • Bekostiging hoeft alleen richting de grote zorgaanbieder. • De subsidie stimuleert zorgaanbieders om invulling te geven aan H&A wijkverpleging 	<ul style="list-style-type: none"> • Deze grote zorgaanbieder moet de financiering verdelen met andere zorgaanbieders. • Deze verdeelsleutel is niet transparant. • Bekostiging is niet structureel van aard; er is geen incentive om te blijven innoveren. • Het stimuleert kleine zorgaanbieders niet om deel te nemen.

Variant C: Gezamenlijke regie

	Positief	Negatief
Organisatieafspraken	<ul style="list-style-type: none"> De focus ligt op gelijkwaardige samenwerking, alle gecontracteerde zorgaanbieders mogen meedoen. Er is een gezamenlijke voordeur waar de zorgvraag wordt verdeeld. Het lukt om een gezamenlijke visie te creëren. Er is een aanspreekcultuur. 	<ul style="list-style-type: none"> Veel organisaties zitten nog in de pilot fase wat betreft H&A wijkverpleging. De ontwikkeling gaat relatief traag.
Bekostiging	<ul style="list-style-type: none"> De bekostiging draagt bij om H&A wijkverpleging op te starten; ze voelen de gezamenlijke verantwoordelijk om dit te doen. De subsidie stimuleert zorgaanbieders om invulling te geven aan H&A wijkverpleging. 	<ul style="list-style-type: none"> De huidige bekostiging stimuleert geen langdurige samenwerking.

Variant D: Regie bij projectorganisatie

	Positief	Negatief
Organisatieafspraken	<ul style="list-style-type: none"> Er is een gezamenlijke voordeur. Omdat er een aparte organisatievorm is, is er een systeem voor gegevensuitwisseling. Een basisvoorwaarde is een gezamenlijke visie en vertrouwen bij bestuurders. Met deze organisatievorm lukt het om een white label te starten, hiermee is er ook een stevige aanspreekcultuur. 	<ul style="list-style-type: none"> Deze organisatievorm vraagt relatief meer administratie en vastlegging.
Bekostiging	<ul style="list-style-type: none"> De organisatievorm zorgt voor een transparante en herleidbare bekostiging. 	<ul style="list-style-type: none"> De organisatievorm vraagt een grotere investering. De organisatievorm vraagt een blijvende bekostiging.

BIJLAGE 3

Klankbordgroep

Organisatie	Naam
Ministerie van VWS	Florie van Beek
Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging	Michel Dutrée
Zorgverzekeraars Nederland	Daniëlle van Hemert
Zorgverzekeraars Nederland	Arjan Blom
ActiZ	Dharma Behari
ActiZ	Lenard Markus
Nederlandse Zorgautoriteit	Sander de Jong
Nederlandse Zorgautoriteit	Ellen Oudshoorn - Hoogendoorn

BIJLAGE 4

Overzicht documenten

Titel	Auteur	Datum
Ervaringen en lessen bij de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	RIVM	09-2022
Integraal Zorgakkoord	Ministerie van VWS	09-2022
Beleidsregel experiment clientprofielen verpleging en verzorging	Nederlandse Zorgautoriteit	30-06-2022
Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: Ervaringen en wensen van professionals in de wijkverpleging en van verwijzers	Anke de Veer en Kim de Groot (Nivel)	02-2022
Model samenwerkingsovereenkomst herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	Ministerie van VWS	13-07-2021
Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging; kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis	Inspectie Gezondheid en Jeugd	11-2020
Advies bekostiging wijkverpleging 2022	NZa	15-09-2020
Tips voor samenwerken in de wijkverpleging	De Juiste Zorg op de Juiste plek	26-05-2020
Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	HLA partijen	28-02-2020
Gezamenlijk kader toekomstbestendige wijkverpleging	HLA partijen	10-12-2019
Handreiking herkenbare en aanspreekbare zorg voor zorgaanbieders in de wijkverpleging	ActiZ en ZorgThuis	n.d.

BIJLAGE 5

Overzicht interviews

	Zorgaanbieder	Zorgverzekeraar	Deelname validatiesessie
1	ActiVite	Zorg en zekerheid	
2	Careyn		◆
3	Carintreggeland	Menzis	
4	Conforte / Aafje		◆
5	Cordaan	Zilveren Kruis	
6	Spoedzorg Haaglanden		
7	De Zorggroep		
8	Icare		
9	KwadrantGroep		
10	Omring	VGZ	
11	Samenwerkingsverband Arnhem	Menzis	◆
12	Sensire		
13	Thebe	CZ	
14	Vivent	VGZ	
15	ZZG Zorggroep		

BIJLAGE 6

Interviewleidraad

Hoofdonderwerp	Sub thema's
Introductie	<ul style="list-style-type: none"> • Kennismaking • Toelichting op het onderzoek
Huidige invulling van H&A wijkverpleging (IST)	<p>In welke mate is invulling gegeven aan H&A wijkverpleging? Wat wordt er georganiseerd, hoe wordt dat gedaan en welke kosten zijn hiermee gemoeid?</p> <p>Liggen hier plannen of afspraken onder en zo ja, kunt u die met ons delen?</p> <p>Hoe is vormgegeven aan de volgende elementen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inzicht in bewonerspopulatie wijk • Inzicht in zorgaanbod wijk • Samenwerkingsafspraken in de wijk • Afspraken over AVG-proof gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders • Afspraken tussen zorgaanbieders voor afstemming en coördinatie zorgvragen in de wijk • Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor inzicht in voortgang samenwerking H&A wijkverpleging <p>Hoe ervaart u de randvoorwaarden uit de leidraad H&A wijkverpleging?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criteria voor toelating bestaande en nieuwe zorgaanbieders • Toets op mededingingsregels uitgevoerd • Fiscale wetgeving mag samenwerking niet beperken • Delen van cliëntgegevens technisch en juridisch mogelijk • Geen nadeel door samenwerkingsafspraken • Samenwerking moet lonen (volgende blok)
Huidige contractering en bekostiging (IST)	<p>Feitelijke situatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zijn er contractafspraken met uw preferente zorgverzekeraar specifiek voor H&A? Hoe zijn deze opgebouwd? Hoe verloopt dit gesprek? • Hoe zijn de afspraken met niet-preferente zorgverzekeraar? • Op basis van welke grondslag is de bekostiging hierin vormgegeven? Waarom is voor deze grondslag gekozen? Is er een onderscheid tussen structurele kosten en projectkosten? • Waarvoor worden kosten gemaakt in H&A wijkverpleging? In welke mate wordt vanuit bekostiging dit ook volledig gedekt (alle elementen integrale kostprijs)? • Welke overige financieringsstromen worden benut om kosten voor H&A wijkverpleging te dekken? • In welke mate dragen de contractafspraken en de bekostiging bij aan de uitgangspunten van H&A wijkverpleging? <p>Ervaring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe adequaat wordt de huidige bekostiging ervaren (in termen van afwegingskader)? <p>Onderbouwing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zijn er businesscases of financiële onderbouwingen beschikbaar die de werkelijke kosten van H&A inzichtelijk maken voor jullie wijk(en)?
Meest adequate bekostiging (SOLL)	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe ziet voor u de uiteindelijke invulling van H&A wijkverpleging eruit? Welke vorm van contracteringsafspraken en bekostiging acht u het best passend hiervoor? • Ziet u verschillen in noodzakelijke contractering en bekostiging bij verschillende volwassenheidsniveaus van H&A wijkverpleging? • Welke bekostigingsvorm is het meest passend voor jullie? • Welke aanvullende randvoorwaarden zijn nodig?
Afsluitend	Zou u ervoor openstaan om tijdens de eindsessie met de klankbordgroep aan te sluiten?



‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al meer dan tachtig jaar volgen wij als adviesbureau deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. De behoefte om iets fundamenteels te betekenen voor mens en maatschappij zit in onze genen. Met onze adviezen en oplossingen hebben we dan ook actief meegebouwd aan het Nederland van vandaag. Altijd op zoek naar duurzame vooruitgang.

Alles wat we doen is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. Zo komen we tot gefundeerde adviezen en slimme oplossingen. Die zijn op het eerste gezicht misschien niet altijd de meest voor de hand liggende. Juist deze eigenzinnigheid maakt ons uniek. Daarbij zijn we niet van symptoombestrijding. En gaan pas naar huis als het is opgelost.

Berenschot Groep B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl