

Samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten

De huidige samenwerking in kaart met behulp van 'samenwerkingskaarten'

WERKDOCUMENT

Andersson Elffers Felix

Versie 29 juni 2017



Inhoudsopgave

0. Aanleiding, doel en aanpak

I. Belangrijkste constatering over de huidige samenwerking (o.b.v. de samenwerkingskaarten)

II. Algemene samenwerkingskaarten

III. De huidige samenwerking in kaart: inhoudelijk

IV. De huidige samenwerking in kaart: instrumenteel

V. De huidige samenwerking in kaart: samenwerkingsvorm (intensiteit)

VI. De huidige samenwerking in kaart: geografisch

VII. Samenwerkingsstrategieën (/werkwijzen) van enkele zorgverzekeraars in kaart

Bijlage. Toelichting gezamenlijke ordeningsprincipes

Aanleiding

Zorgverzekeraars en gemeenten werken aan het leveren van kwalitatief goede en betaalbare zorg en ondersteuning. Op onderdelen werken zij hier ook met elkaar aan. De manier waarop zij dat doen verschilt tussen zorgverzekeraars en gemeenten.

Omdat het ontbreekt een totaaloverzicht over hoe de feitelijke samenwerking er momenteel uitziet, is het moeilijk om van andere samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars en gemeenten te leren, om hiervan te profiteren, om elkaar hierin te versterken en om de verschillende beelden die er zijn over de gewenste samenwerking goed onderbouwd te kunnen bespreken.

Tijdens het Bestuurlijk Overleg tussen VWS, VNG en ZN (d.d. 23 februari 2017) is hierover gesproken. De partijen hebben afgesproken om zogenaamde 'samenwerkingskaarten' te ontwikkelen om inzicht te krijgen in de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Op basis hiervan kunnen meer weloverwogen keuzes over de invulling van het partnerschap tussen zorgverzekeraars en gemeenten worden gemaakt.

In opdracht van ZN en de VNG heeft adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) de huidige, feitelijke samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten in kaart gebracht. In dit document presenteren we de uitkomsten. Op basis hiervan wordt het gesprek met zorgverzekeraars en gemeenten gevoerd over de gewenste samenwerking en de condities waaronder de partijen hieraan kunnen voldoen.



Doel van de 'samenwerkingskaarten'

De huidige samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten wordt in kaart gebracht, met als doel:

- Gezamenlijk conclusies over de huidige samenwerking te trekken, op basis van feitelijke informatie over de samenwerking in het land.
- Te bezien hoe de onderliggende samenwerkingsstrategie van zorgverzekeraars en gemeenten zich verhoudt tot de huidige samenwerking.
- Weloverwogen keuzes over de toekomstige samenwerking (en gezamenlijke opgaven, kansen en uitdagingen) te kunnen maken: hoe kunnen we slimmer van elkaar leren en profiteren – en wat vraagt dat in termen van condities en inzet?

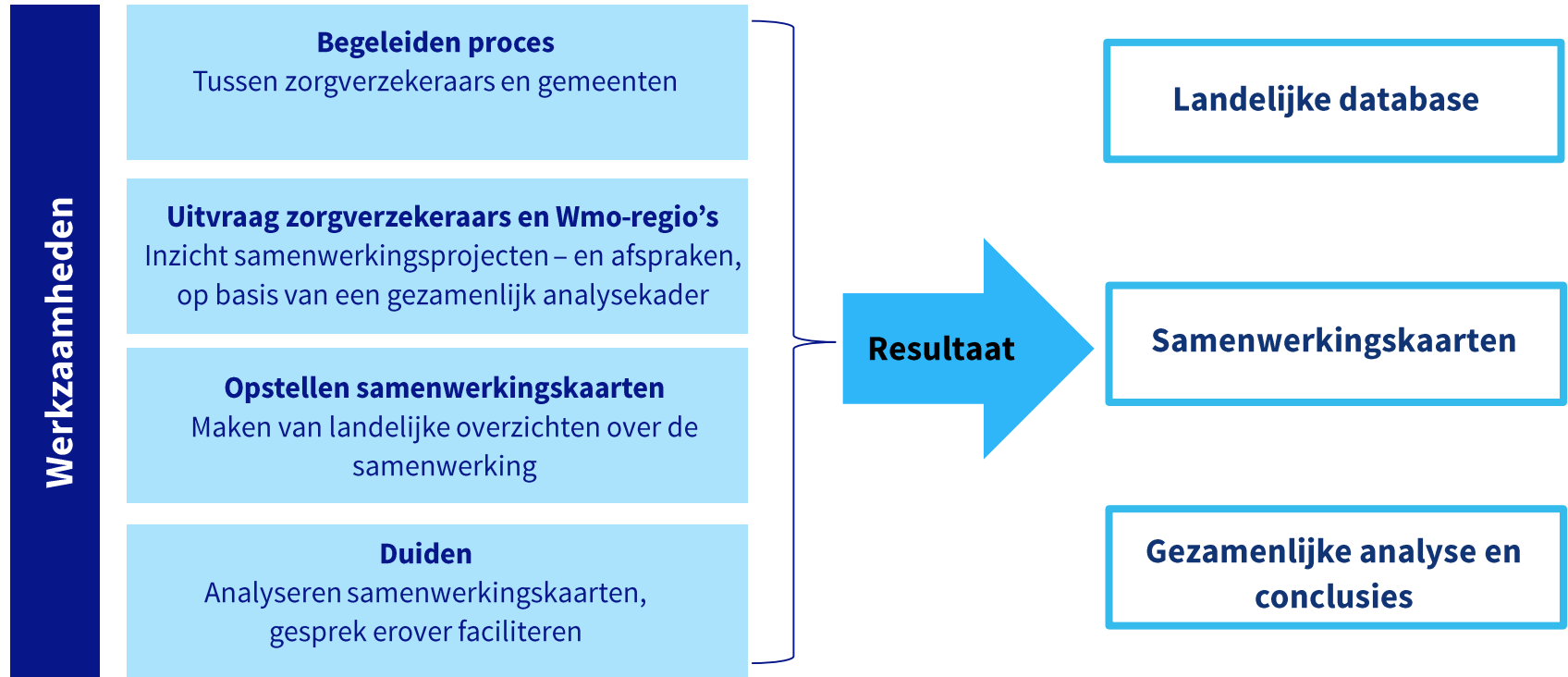
De 'samenwerkingskaarten' dienen als *gesprekskaarten*, die helpen om dit gesprek op basis van feitelijke informatie te voeren .

Let op!

De samenwerkingskaarten zijn een hulpmiddel om het gesprek met elkaar als zorgverzekeraar en gemeenten te voeren. Zij zijn geen doel op zich. Ook is het geen doel om de kaarten zoveel mogelijk te vullen. Gemeenten en zorgverzekeraar kunnen de afweging maken om de samenwerking op onderdelen of in bepaalde gebieden meer of minder intensief te laten zijn. De samenwerkingskaarten helpen om deze afweging *weloverwogen* en *in gesprek met elkaar* te maken.



Aanpak



Aanpak – de gezamenlijke ordeningsprincipes

1. Inhoudelijk

Preventie

GGZ

Ouderen

Effectief Samenwerken
in de wijk

Jeugd 18-/18+

Anders, nl...

2. Instrumenteel

Werkwijze (primair
proces)

Beleid

Inkoop

Collectieve zorg
minima (contract)

Samenwerkings-
document

3. Samenwerkings- vorm (intensiteit)

Ontwikkelproject

Doorontwikkelen (in
een aantal gemeenten)

Implementatie

Samenwerkings-
afspraken

4. Geografisch

Bovenregionaal

Regionaal

Gemeente

Aanpak

Afspraken

- Bij het inzichtelijk maken van de samenwerking gaat het om de huidige, feitelijke samenwerking en niet de potentiële toekomstige samenwerking. Verkennde gesprekken over toekomstige samenwerking worden niet in beeld gebracht.
- Het gaat om het in kaart brengen van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten – en niet om samenwerking tussen uitsluitend gemeenten, dan wel zorgverzekeraar, met andere partijen (zoals aanbieders). Waar mogelijk wordt bij de projecten wel vermeld welke andere partijen (bijvoorbeeld zorgaanbieders) participeren (en daarin een substantiële rol hebben).
- AEF brengt de samenwerking in kaart op basis van algemeen beschikbare informatiebronnen en de input van zorgverzekeraars. Dit wordt geverifieerd en aangevuld vanuit de Wmo- regio's.
- Op basis van de gezamenlijk vastgestelde ordeningsprincipes voert AEF de labeling van samenwerkingsprojecten uit. Indien de zorgverzekeraar en/of gemeenten dit anders zien, dienen zij dit te beargumenteren. Het eindoordeel is vervolgens aan AEF, als onafhankelijke partij.
- Ondanks het definiëren van de begrippen die worden gebruikt bij de ordening (zie de bijlagen), blijft er een grijs gebied bestaan. Bijvoorbeeld: waarom vind ik een project innovatief (een ontwikkelproject) en een ander niet? Het is nuttig om hier ook met elkaar het gesprek over te voeren. Eventueel kan het ordeningskader voor toekomstig gebruik aangescherpt worden.



Let op!

In sommige plaatjes geeft de legenda soms een vertekend beeld en lijkt het alsof één project meerdere labels krijgt (bijvoorbeeld: een preventieproject dat gelabeld wordt als ontwikkelen, implementeren én samenwerkingsafspraken). Dat is niet het geval. Dit betekent dat in één gemeente meerdere preventie projecten plaatsvinden die verschillen van samenwerkingsvorm.

I. Belangrijkste constatering over de huidige samenwerking (o.b.v. de samenwerkingskaarten)



1. Overall beeld huidige samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten

- De kaarten maken zichtbaar dat er **heel veel samenwerkingsprojecten** tussen zorgverzekeraars en gemeenten zijn.
- De titels en de ordening van de projecten doen anders vermoeden, maar de inhoudelijke omschrijvingen laten een **grote diversiteit** zien. Het is een rijk palet zowel in aard als omvang.
- Op basis van de database en de kaarten is het maar beperkt mogelijk om de **samenhang** tussen de projecten binnen en tussen de regio's te ontdekken. Het thema ouderen bijvoorbeeld laat een rijk en divers beeld zien, waarbij vanuit verschillende invalshoeken aan verschillende methodieken en werkwijzen wordt gewerkt, maar het merendeel van de samenwerkingsprojecten heeft tot doel dat ouderen langer thuis wonen. Een dieper en vergaand inzicht vraagt **meer inhoudelijke inbreng, analyse en bovenal een inhoudelijk gesprek**. Dat geldt ook voor de kwaliteit van de projecten, de feitelijke intensiteit van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten, de betrokkenheid van zorgaanbieders en hoe de resultaten in de praktijk worden ervaren.
- Het merendeel van de projecten heeft een **ontwikkelkarakter**, waarbij geëxperimenteerd wordt met **nieuwe werkwijzen in de uitvoeringspraktijk**. Vaak zijn deze nieuwe werkwijzen gericht op het verbeteren van de lokale samenwerking tussen het medische en het sociale domein. Dat betekent dat de **lokale component** (bijvoorbeeld welke keuzes heeft een gemeente gemaakt ten aanzien van de inrichting van het wijkteam) dominant is. De intentie van de meeste samenwerkingsprojecten is om uiteindelijk in breder verband te leren van de ervaringen en lessen en deze breder toepasbaar te maken cq toegankelijk te maken voor andere gemeenten. De dominante lokale component maakt dat **niet eenvoudig**.

2. Inhoudelijk

- Bijna alle gemeenten hebben **een minimapolis (collectieve zorg minima)** afgesloten met een of meerdere zorgverzekeraars. Vaak betreft het een contract met de **dominante zorgverzekeraar** in het kernwerkgebied. In een beperkt aantal gevallen bevat de propositie bij de polis aanvullende afspraken over samenwerking. Het merendeel van de polissen wordt niet ingezet ten behoeve van de inhoudelijke samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten.
- Het merendeel van de projecten is gericht op de doelgroep **ouderen** en op **Effectief Samenwerken in de Wijk**. In bijna alle regio's vinden projecten plaats op deze inhoudelijke thema's. Voor het onderwerp ouderen geldt dat het veelal ontwikkelprojecten zijn. Het onderwerp Effectief Samenwerken in de Wijk is een thema dat via de inkoop (wijkverpleging) *doorontwikkeld* of geïmplementeerd wordt.
- De projecten rondom GGZ en preventie bevinden zich in de middenmoot. Het merendeel van de GGZ-projecten betreft de **EPA taskforces** waarbij Zilveren Kruis samenwerkt met circa 10 gemeenten in haar kernwerkgebied. De systematiek van de EPA-taskforces is inmiddels door Zilveren Kruis en de gemeenten doorontwikkeld. Er is door hen gezamenlijk een leergemeenschap gecreëerd om uit te wisselen en te leren van elkaar. Een klein deel van de GGZ-projecten heeft betrekking op de Werkagenda van Menzis, gemeenten en regio's. Het zijn drie projecten met elk een eigen invalshoek waarbij na verloop van tijd – als de eerste resultaten bekend zijn – de **waardevolle elementen** tussen de drie projecten worden gedeeld om daarna te delen en te borgen in het gehele kernwerkgebied.
- De preventieprojecten zijn over het land verspreid en zijn redelijk in aantal. De meest in het oog springende projecten zijn de projecten van VGZ en de projecten CZ over **de leefstijlcoach**. Dit is ontwikkeld in een beperkt aantal gemeenten, onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek en wordt momenteel op verschillende plekken geïmplementeerd. Daarnaast heeft een groot aantal gemeenten aangegeven dat zij een “JOGG-gemeente” is (Jongeren Op Gezond Gewicht). De rol van de zorgverzekeraar is in veel van deze projecten nog beperkt.
NB. De preventieprojecten zijn gericht op *algemene* preventie. Bijna alle samenwerkingsprojecten van zorgverzekeraars en gemeenten zijn echter gericht op het voorkomen van (zwaardere) zorg. Ook in andere projecten werken de partijen dus aan preventie.
- Op het thema **Jeugd 18min/18plus** vindt het minste aantal projecten plaats. Menzis heeft een instrument ontwikkeld samen met de gemeenten Groningen en Oldambt dat inmiddels breed wordt verspreid en waarvan ook gemeenten buiten het kernwerkgebied van Menzis kunnen profiteren. De werkwijze en methodiek wordt ontsloten via hun samenwerkingswebsite.

3. Instrumenteel

- Er lijkt een **correlatie tussen de samenwerkingsvorm en het instrument** dat wordt ontwikkeld te zijn. In de ontwikkelprojecten wordt met name gewerkt aan gezamenlijke werkwijzen in het primaire proces. Dit betreft ook het merendeel van de projecten.
- Werkwijzen zijn **niet vanzelfsprekend toepasbaar te maken** voor andere gemeenten. Veel projecten zijn ontwikkeld in de lokale uitvoeringspraktijk. Daarmee hebben deze projecten vaak een lokale dimensie. Dat betekent dat – willen andere gemeenten en zorgverzekeraars – de waardevolle lessen en elementen benutten, dan vraagt dat nog enige conceptualiseringsslag. Zodat duidelijk wordt wat een waardevol element is van het project – en daarmee breed toepasbaar – en wat afhankelijk is van de lokale keuzes.
- **De samenwerking op het gebied van Beleid en inkoop vindt nog relatief beperkt plaats.** Voornamelijk bij het onderwerp effectief samenwerken in de wijk waarbij de ontwikkelde werkwijze geborgd wordt in de inkoop van wijkverpleging.
- Bij een aantal **preventieprojecten** wordt ook een koppeling gemaakt met de inkoop. Het betreft onder meer de leefstijlcoach van CZ. Deze interventie wordt geborgd in de basisverzekering en is daarmee breed toepasbaar.

4. Samenwerkingsvorm (intensiteit)

- Projecten bevinden zich overwegend in de fase van **samenwerkingsafspraken maken en ontwikkelen**. Er is nog weinig sprake van doorontwikkelen en implementeren. Dat kan betekenen dat veel samenwerkingsverbanden nog in de **opstartfase** zijn, waarbij gestart wordt met het maken van afspraken en daarna de stap gezet naar ontwikkelen. Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn; soms kan het zijn dat projecten blijven ‘steken’ in de ontwikkelfase. Een ontwikkeltraject heeft een **lange doorlooptijd**. Een groot aantal zorgverzekeraars en gemeenten geeft aan dat elkaar leren kennen en samen verkennen wat de focus moet zijn, een investering kost. Na een intensieve inhoudelijke verkenningsronde begint vaak het **ontwikkelp proces in de praktijk** met professionals, cliënten en hun naasten. Na deze fase volgen de eerste resultaten die “rijp” zijn voor andere gemeenten en zorgverzekeraars om van te leren.
- Dat geldt niet voor het thema Effectief Samenwerken in de Wijk en Jeugd 18min/18plus. Voor deze thema’s geldt dat er inmiddels redelijk wat **doorontwikkel- en implementatieprojecten** zijn.
- Voor Effectief Samenwerken in de wijk geldt dat zowel bij Menzis als Zilveren Kruis een **koppeling is gemaakt met de inkoop wijkverpleging** (voormalig S1). Na een inhoudelijke analyse en/of ontwikkelfase zijn de resultaten en instrumenten geborgd in het inkoopproces 2018, waardoor een groot deel van de gemeenten en verzekeren in het kernwerkgebied van deze verzekeraars hiervan kunnen profiteren.

5. Geografisch

- In **alle regio's** vinden samenwerkingsprojecten plaats en in bijna alle gemeenten. Voor een groot deel van de gemeenten geldt wel dat de projecten in een breder regionaal verband worden ontwikkeld en uitgevoerd.
- Het merendeel van de ontwikkelprojecten vindt plaats in de **grotere gemeenten (100.000+)** of in gemeenten die in het hart van het kernwerkgebied van de zorgverzekeraar zitten.
- Veel grote gemeenten “hosten” vaak **meerdere projecten**, met meerdere thema's tegelijk. Een kleiner deel van de samenwerkingsprojecten wordt ontwikkeld in kleinere gemeenten.
- De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is het meest intensief, daar waar **het marktaandeel van de zorgverzekeraar** het grootst is (en vaak ook de zorgkantoorfunctie beheert). In de gebieden waar er niet één zorgverzekeraar duidelijk de grootste is (marktaandeel) zijn er minder samenwerkingsprojecten.
- De thematische ontwikkeling is **niet evenredig verdeeld over het land**. In sommige gebieden wordt meer ontwikkeld rond een bepaald onderwerp/ doelgroep.

6. Samenwerkingsstrategieën (/werkwijzen) van enkele zorgverzekeraars in kaart

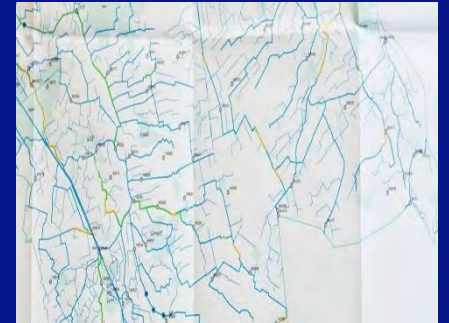
NB. Dit overzicht bevat nu alleen informatie over de grote 4 zorgverzekeraars. Het wordt nog aangevuld met informatie over de overige zorgverzekeraars.

- Niet elke zorgverzekeraar maakt de keuze om in elk onderdeel van het kernwerkgebied evenredig te ontwikkelen op thema's.

De samenwerkingsstrategie/ werkwijze van enkele zorgverzekeraars nader toegelicht:

- **Menzis heeft een samenwerkingsagenda** met de gemeenten in haar kernwerkgebied, waarbij vooral de inhoudelijke afweging wordt gemaakt: welke thema's zijn belangrijk om gezamenlijk op te pakken en waar zit de meeste potentie (in ontwikkelkracht en omstandigheden) om dit te ontwikkelen. Daarbij is de doelstelling dat alle gemeenten in het kernwerkgebied (in totaal 80 gemeenten) uiteindelijk profiteren van de lessen en ontwikkelde instrumenten. De mate waarin gemeenten hiervan profiteren is afhankelijk van de werking van de regiotafels.
- **VGZ kiest gericht een aantal leertuinen** waarmee reeds een jarenlange relatie is en de condities aanwezig zijn om een beperkt aantal thema's te ontwikkelen. Als duidelijk is dat de instrumenten bewezen effectief zijn, gaat VGZ over tot brede implementatie.
- **CZ kiest een beperkt aantal thema's** (bijvoorbeeld leefstijlcoach) om door te ontwikkelen en te implementeren, veelal op plekken waar het marktaandeel hoog is en een jarenlange relatie met de gemeenten. Daarnaast heeft CZ een beperkt aantal regionale samenwerkingsconvenanten afgesloten, zoals in de regio Zeeland.
- **Zilveren Kruis heeft een beperkt aantal gemeentestrategieën** die het accounthouderschap hebben voor alle 108 gemeenten in haar kernwerkgebied. Voor een aantal grote gemeenten (waaronder Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Zwolle, Apeldoorn, Almere) en regio's (waaronder Drenthe en IJsselland) zijn er (bestuurlijke) samenwerkingsafspraken gemaakt. Daarnaast bundelt Zilveren Kruis de ontwikkelkracht door een aantal thema's "landelijk" op te pakken door samen met een beperkt aantal gemeenten gericht te ontwikkelen op thema's als GGZ/EPA, grensvlakken Wmo, Zvw, Wlz en wijkgericht werken. Het streven is dat dit leidt tot een instrumentarium dat geborgd kan worden in de inkoop en daarmee breed toepasbaar voor alle gemeenten in het kernwerkgebied.

II. Algemene samenwerkingskaarten



1. Overzicht van de Wmo-regio's

In de database zijn een aantal regio's nader uitgesplitst:

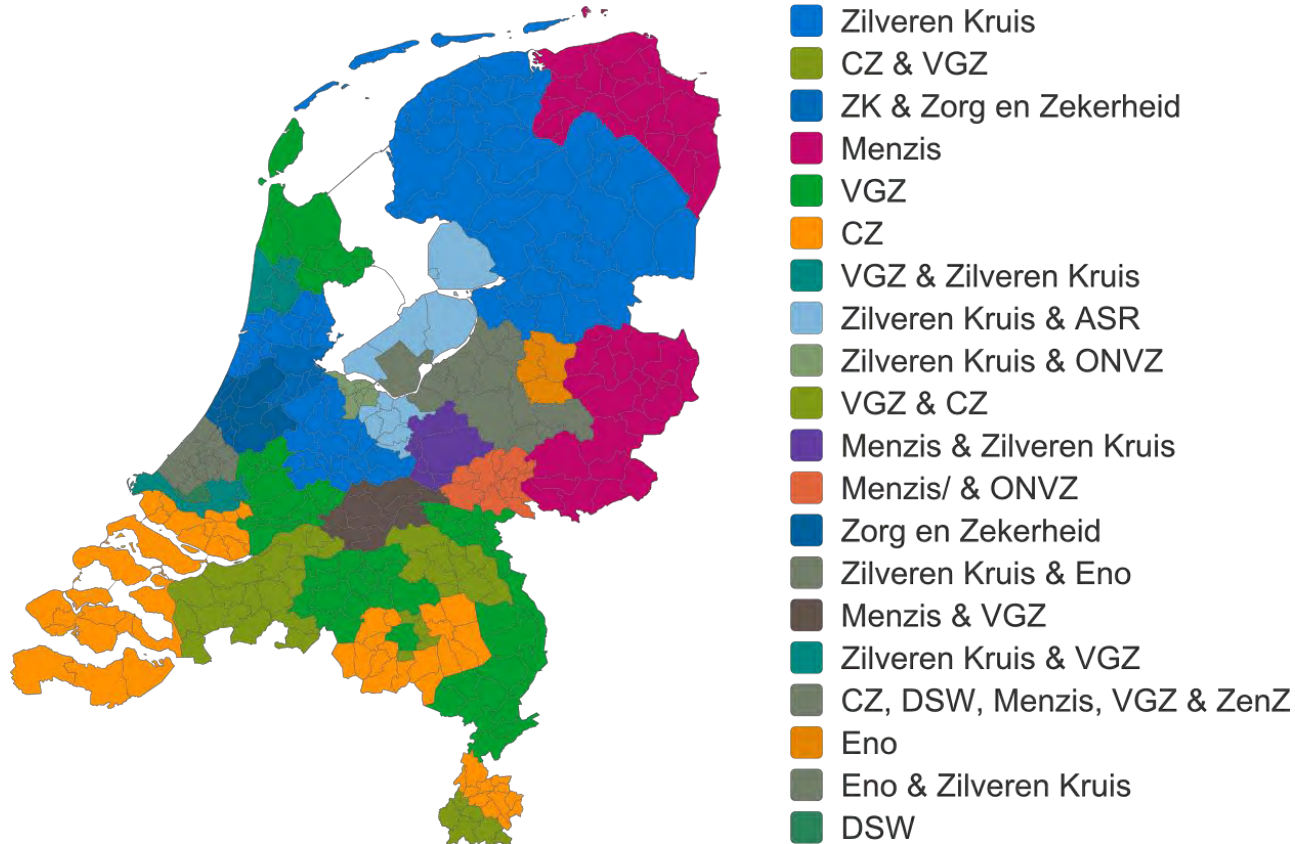
- Amsterdam-Amstelland
- Rijnmond
- IJsselland



- | | | |
|--|---|---------------------------|
| 1. Achterhoek | 16. Kop van Noord-Holland | 31. Stadsregio Haaglanden |
| 2. Alblasserwaard-
Vijfheerenlanden | 17. Lekstroom | 32. Stadsregio Rijnmond |
| 3. Amsterdam-Amstelland | 18. Midden Brabant | 33. Twente |
| 4. Drechtsteden | 19. Midden-Holland | 34. Utrecht Stad |
| 5. Drenthe | 20. Midden IJssel / Oost Veluwe | 35. Utrecht West |
| 6. Eemland | 21. Midden-Kennemerland (IJmond) | 36. West-Brabant |
| 7. Flevoland | 22. Midden Limburg | 37. West-Friesland |
| 8. FoodValley | 23. Noord Limburg | 38. Zaanstreek-Waterland |
| 9. Friesland | 24. Noord-Oost Brabant | 39. Zeeland |
| 10. Gooi- en Vechtstreek | 25. Noord Veluwe | 40. Zuid-Kennermerland |
| 11. Groningen | 26. Peelregio | 41. Zuid-Oost Brabant |
| 12. Haarlemmermeer | 27. Regio Alkmaar /
Noord - Kennemerland | 42. Zuid-Oost Utrecht |
| 13. Hoeksche Waard | 28. Regio Arnhem | 43. Zuid-Limburg |
| 14. Holland-Rijnland | 29. Regio Nijmegen | |
| 15. IJsselland | 30. Rivierenland | |

2. Overzicht van de kernwerkgebieden van de zorgverzekeraars

Kernwerkgebied =
de regio waar de
zorgverzekeraar het
grootste
marktaandeel heeft.



3. Projecten - totaal




Dit kaartje geeft inzicht in welke gemeenten samenwerkingsprojecten tussen zorgverzekeraars en gemeenten plaatsvinden.

In alle Wmo-regio's vinden samenwerkingsprojecten plaats.

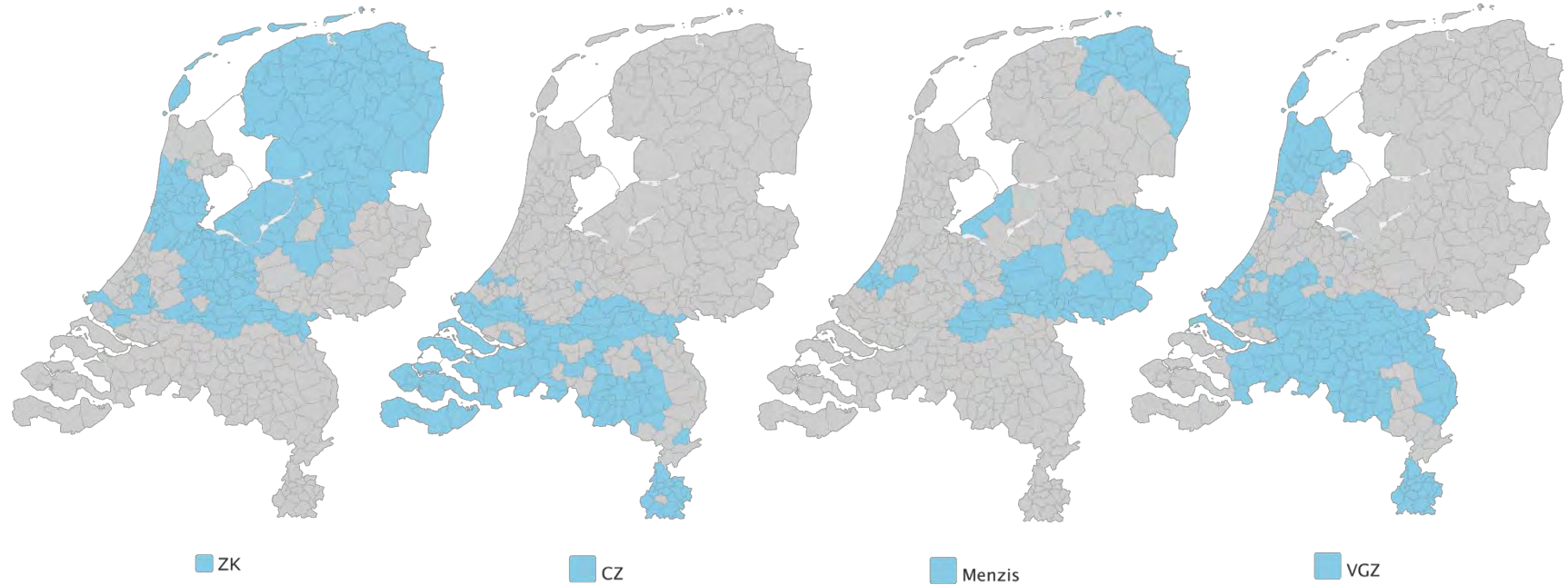
Er is een zeer beperkt aantal gemeenten dat niet samenwerkt met de zorgverzekeraar aan een project. Dat wil niet zeggen dat deze gemeenten niet profiteren van de samenwerking met zorgverzekeraars elders.

De inhoudelijke focus, de intensiteit en wat de samenwerking moet opleveren, verschilt per gemeente en per regio. In onderliggend document wordt hieraan meer kleuring gegeven.

Dit overzicht betreft alle projecten, *exclusief de minimacontracten*.

 samenwerkingsprojecten zorgverzekeraars en gemeenten

4. Projecten per zorgverzekeraar



4. Projecten per zorgverzekeraar



■ DSW



■ Eno



■ ZenZ

III. De huidige samenwerking in kaart: inhoudelijk

Preventie

GGZ

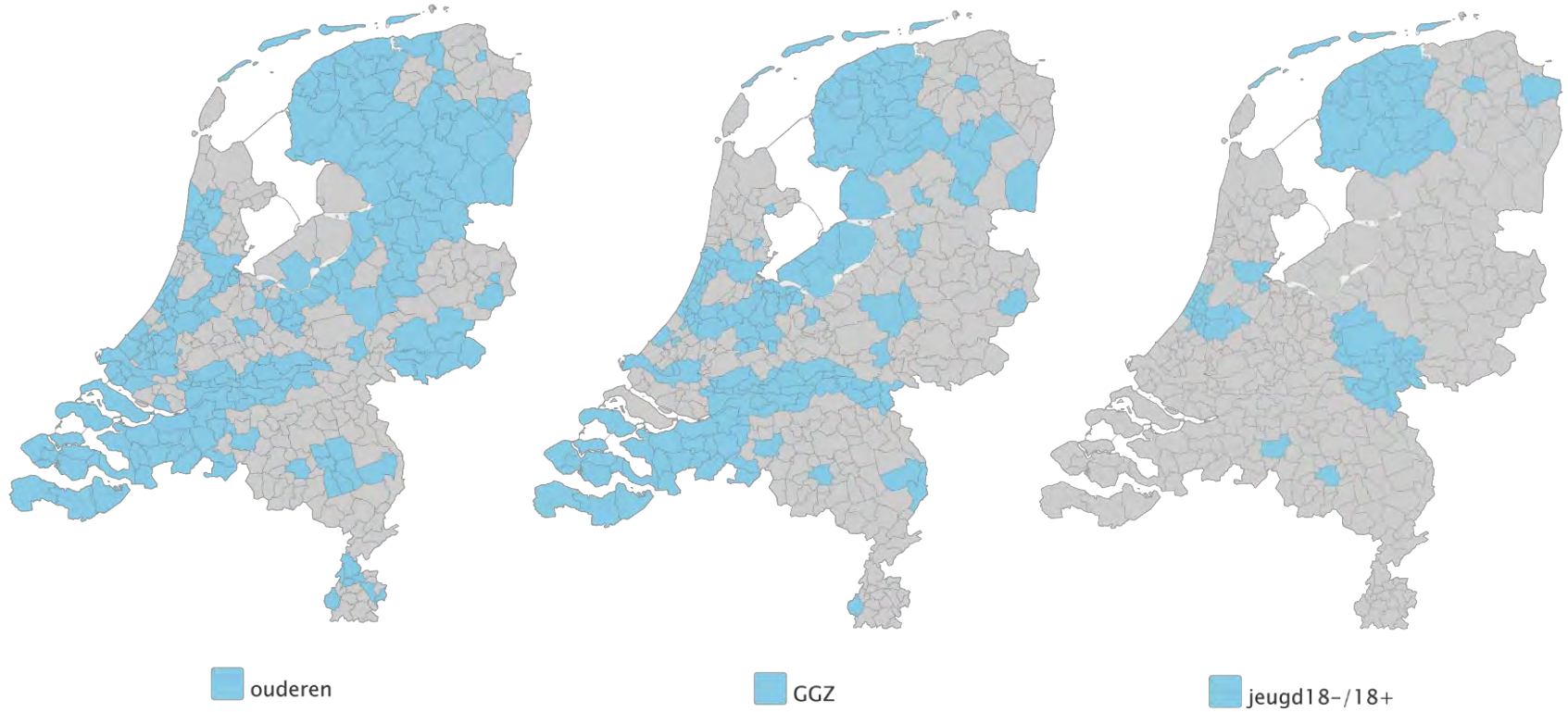
Ouderen

Effectief Samenwerken in de wijk

Jeugd 18-/18+

Anders, nl...

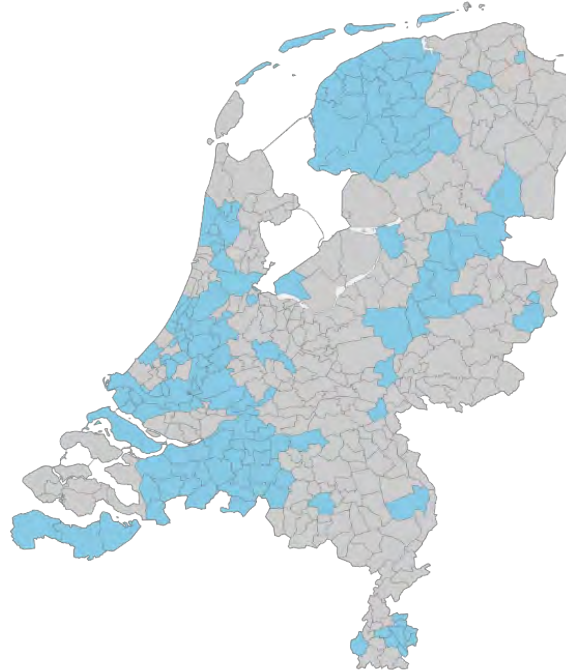
De huidige samenwerking in kaart: inhoudelijk



De huidige samenwerking in kaart: inhoudelijk

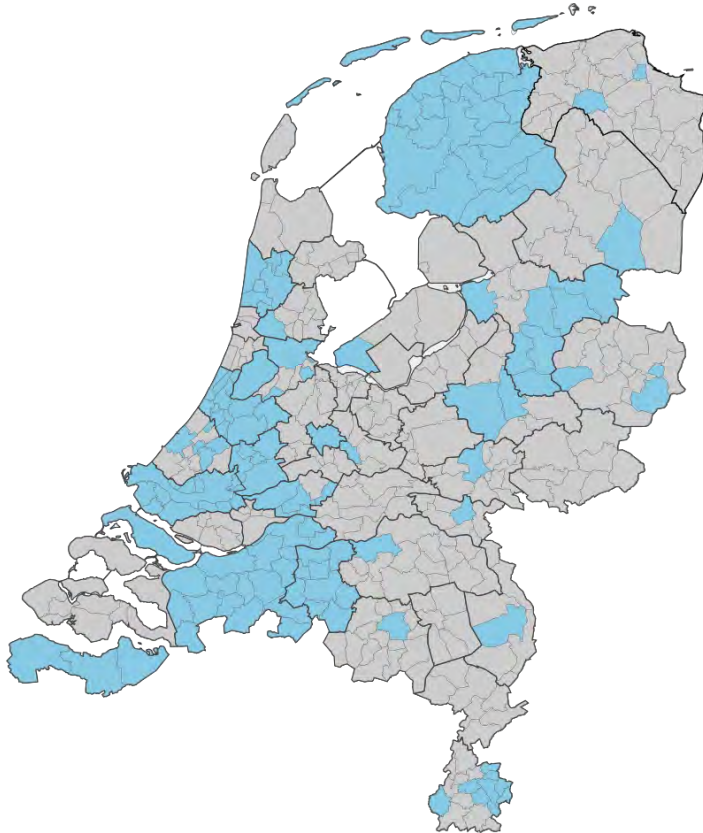


 effectief samenwerken in de wijk



 preventie

1. Preventie – totaal (incl. grenzen van de Wmo-regio's)



Dit kaartje geeft inzicht in welke Wmo-regio's en daarbinnen gemeenten, er samenwerkingsprojecten tussen zorgverzekeraars en gemeenten plaatsvinden *gericht op preventie*.

 preventie

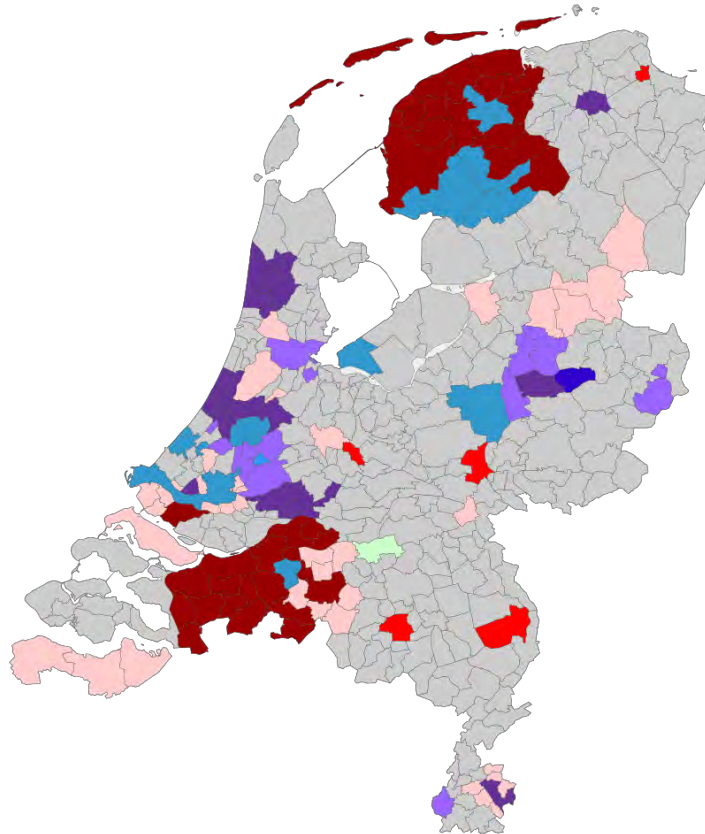
1. Overall beeld preventie

- Het aantal preventieprojecten is **relatief omvangrijk** (een ‘middenmotor’ in relatie tot de andere inhoudelijke thema’s).
- Er is sprake van een **redelijke spreiding** over het land. Het merendeel vindt plaats in het westen, met een concentratie in **zuidwest Nederland**.
- Een deel van de projecten vindt plaats **binnen één gemeente**, waardoor sommige gemeenten (zoals Den Haag en Breda) het karakter krijgen van een **ontwikkelplaats**.
- Veel samenwerkingsprojecten ten aanzien van preventie bevinden zich nog in het **begin stadium**. Dat wordt zichtbaar doordat er overwegend samenwerkingsovereenkomsten zijn afgesloten en projecten gericht op ontwikkeling. In veel mindere mate worden projecten doorontwikkeld of geïmplementeerd.
- Dit betekent ook dat **resultaten nog niet altijd zichtbaar** zijn en het effect van de projecten – en de mate waarin ze opschaalbaar zijn naar andere gemeenten/regio’s – ook nog niet duidelijk is. Dit kan ertoe leiden dat het beeld is, dat er nog niet zoveel gebeurt op preventie. Gezien de omvang van het aantal projecten, lijkt dat niet het geval.
- De samenwerkingskaarten zijn een **momentopname**. Projecten die in het verleden zijn ontwikkeld – zoals valpreventie – komen weinig terug in deze kaarten. Het valt op dat de “**positieve ervaringen met deze werkwijzen**” maar **in beperkte mate** worden doorontwikkeld of geïmplementeerd.
- Wel wordt geprobeerd om een aantal ontwikkelde werkwijzen en samenwerkingsverbanden verder te brengen via de **inkoop**, zodat het mogelijk is om **meerdere verzekerden te laten profiteren** van wat is ontwikkeld. In Limburg wordt dat inzichtelijk door de ervaringen met leefstijl te borgen in de basisverzekering.
- Bij preventie gaat de kosten vaak voor de baten uit. Een aantal gemeenten en verzekeraars heeft aangegeven vooral bij preventieprojecten aandacht te willen besteden aan de **effectiviteit**, voordat borging in beleid en inkoop plaatsvindt. Mede om te voorkomen dat er te snelle opschaling plaatsvindt van niet effectieve methoden. Dat wordt ook zichtbaar in het (nog) beperkt aantal beleid en inkoopprojecten.

1. Preventie – samenwerkingsvorm (intensiteit)

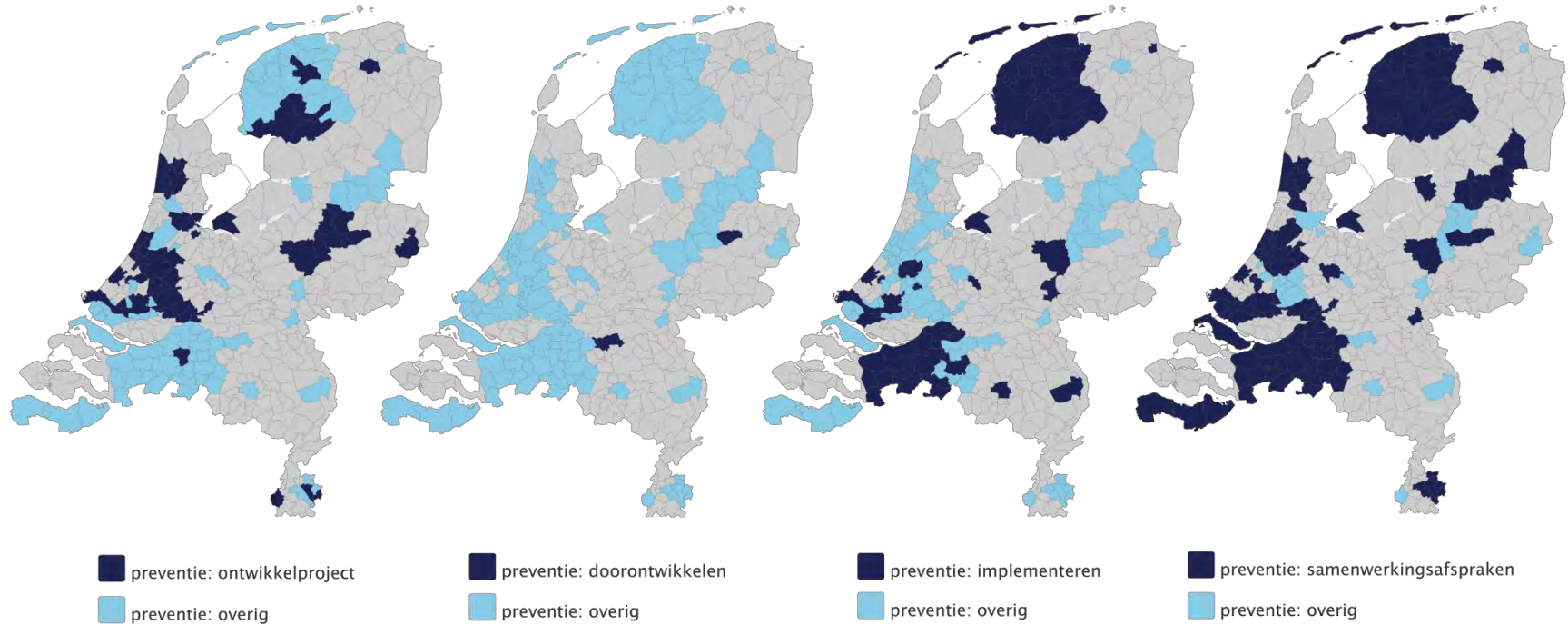
Let op!

Hier geeft de legenda een beetje een vertekend beeld. De combinatie van labels (ontwikkelpromoot, doorontwikkelen, implementeren, etc) lijkt er op dat één project meerdere labels krijgt. Dat is niet het geval. Dit betekent dat in één gemeente meerdere preventieprojecten plaatsvinden die verschillen van samenwerkingsvorm.



- ontwikkelpromoot + doorontwikkelen + samenwerkingsafspraken
- ontwikkelpromoot + implementeren + samenwerkingsafspraken
- ontwikkelpromoot + implementeren
- ontwikkelpromoot + samenwerkingsafspraken
- ontwikkelpromoot
- implementeren + samenwerkingsafspraken
- implementeren
- samenwerkingsafspraken
- doorontwikkelen

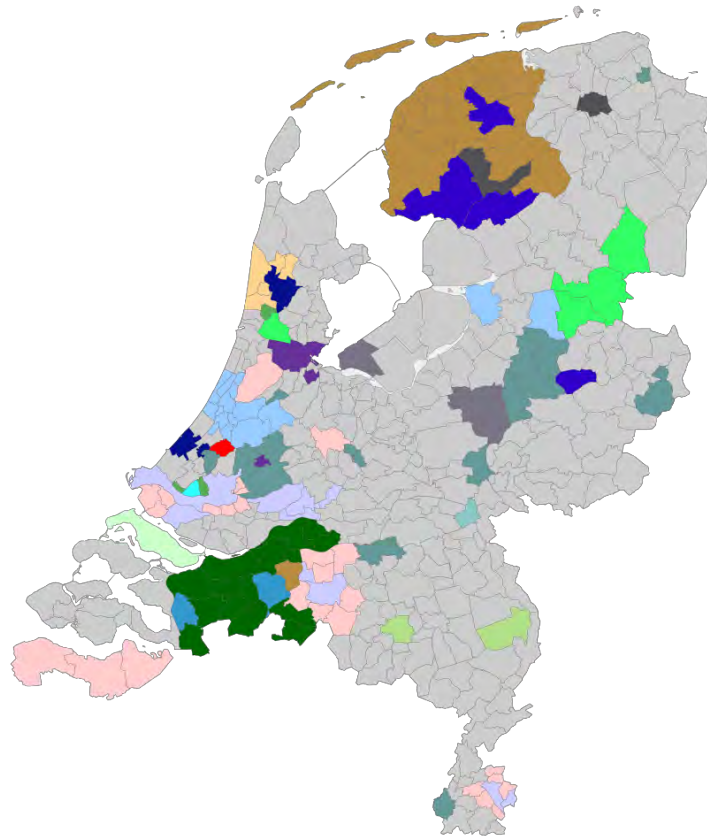
1. Preventie – samenwerkingsvorm (intensiteit)



1. Preventie – samenwerkingsvorm (intensiteit)

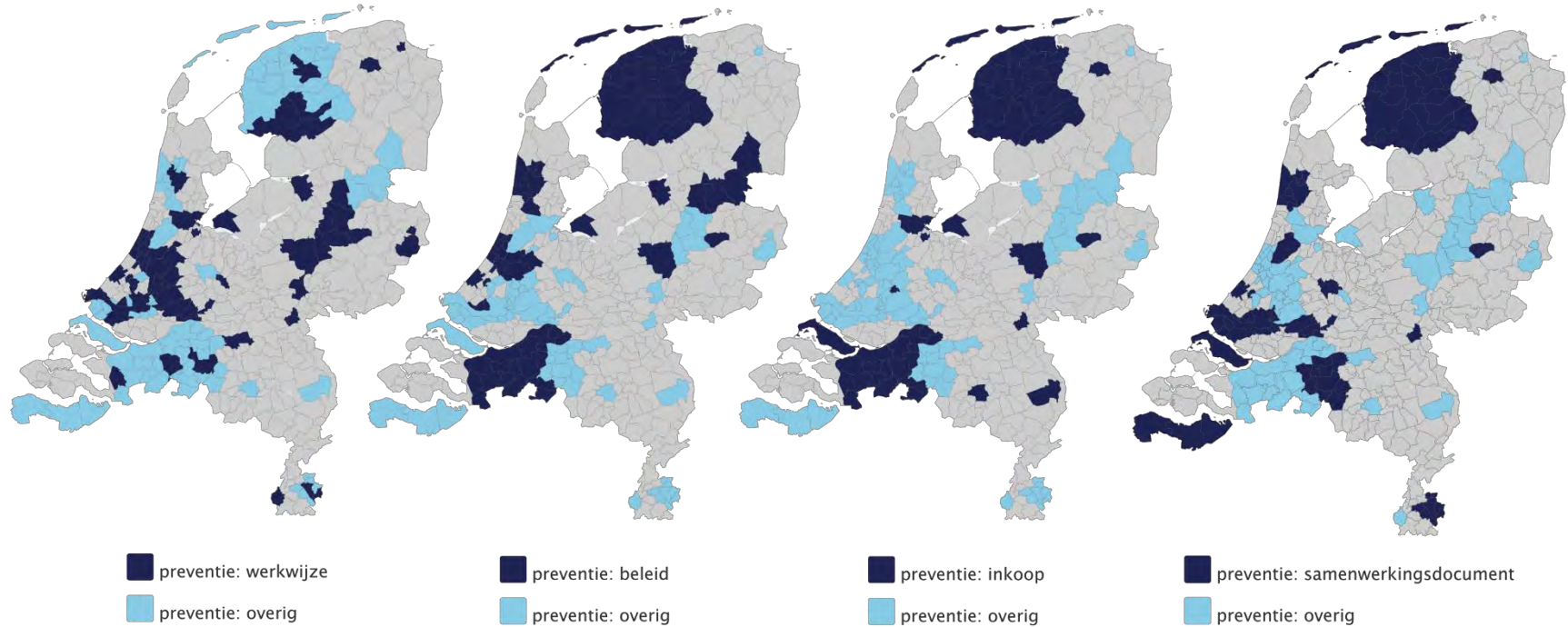
Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Er vindt – verspreid over het land (en de kernwerkgebieden van zorgverzekeraars) – de nodige samenwerking op het gebied van preventie plaats.	Van de regio's waar wordt samengewerkt op preventie, vindt in ongeveer de helft van de gevallen meerdere projecten op het gebied van preventie.
De projecten verschillen sterk qua opzet (aard van de samenwerking). In de meeste gevallen gaat het om samenwerkingsafspraken: zorgverzekeraar en gemeenten maken de afspraak – bijvoorbeeld in een convenant - om samen te werken aan preventie/ een gezondere populatie.	Het is niet altijd helder hoe deze samenwerkingsafspraken vertaald worden naar de praktijk. <ul style="list-style-type: none">• Soms is dit nog niet aan de orde, bijvoorbeeld omdat een afspraak recent is gemaakt en dit nog uitgewerkt wordt.• Soms werken zorgverzekeraar en gemeente de afspraken ieder voor zich uit (binnen de huidige werkwijze) en stemmen zij hier onderling over af en/of wisselen gegevens uit.• Soms hebben de partijen een gezamenlijk ontwikkelproject, gericht op het ontwikkelen van een nieuwe werkwijze (in het primaire proces).
Op een aantal plekken vinden er gezamenlijke ontwikkelprojecten plaats (soms samen met andere partijen, meestal aanbieders), specifiek gericht op preventie.	De meeste ontwikkelprojecten spitsen zich toe op de doelgroep Jeugd. Met name op het voorkomen van overgewicht bij kinderen. Dit loont op korte termijn, maar met name ook op lange termijn. Daarnaast richten projecten zich relatief vaak op de doelgroep Ouderen. Bijvoorbeeld valpreventie of het voorkomen van uitval bij mantelzorgers. Ouderen zijn een relatief dure en grote (/ in omvang toenemende) doelgroep voor zorgverzekeraars en gemeenten.
Relatief weinig projecten worden doorontwikkeld en/of geïmplementeerd in andere gemeenten.	Het vraagt tijd voordat een ontwikkelproject ver genoeg is ontwikkeld, alvorens het doorontwikkeld of geïmplementeerd kan worden in andere gemeenten. De verwachting is dat de komende periode meer projecten dit stadium bereiken. Het toepasbaar maken in andere gemeenten ('opschaalbaar maken') vraagt het nodige wat betreft het ontsluiten van de werkzame elementen en qua samenwerking met de andere gemeenten. Dit is een risico met het oog op opschaling.

1. Preventie – instrumenteel



- werkwijze + beleid + inkoop + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + inkoop + collectieve zorgminima
- werkwijze + beleid + inkoop + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + samenwerkingsdocument
- werkwijze + inkoop + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + inkoop
- werkwijze + beleid
- werkwijze + inkoop
- werkwijze + samenwerkingsdocument
- werkwijze
- beleid + inkoop + samenwerkingsdocument
- beleid + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- beleid + inkoop
- beleid + samenwerkingsdocument
- beleid
- inkoop + samenwerkingsdocument
- inkoop
- collectieve zorgminima
- samenwerkingsdocument

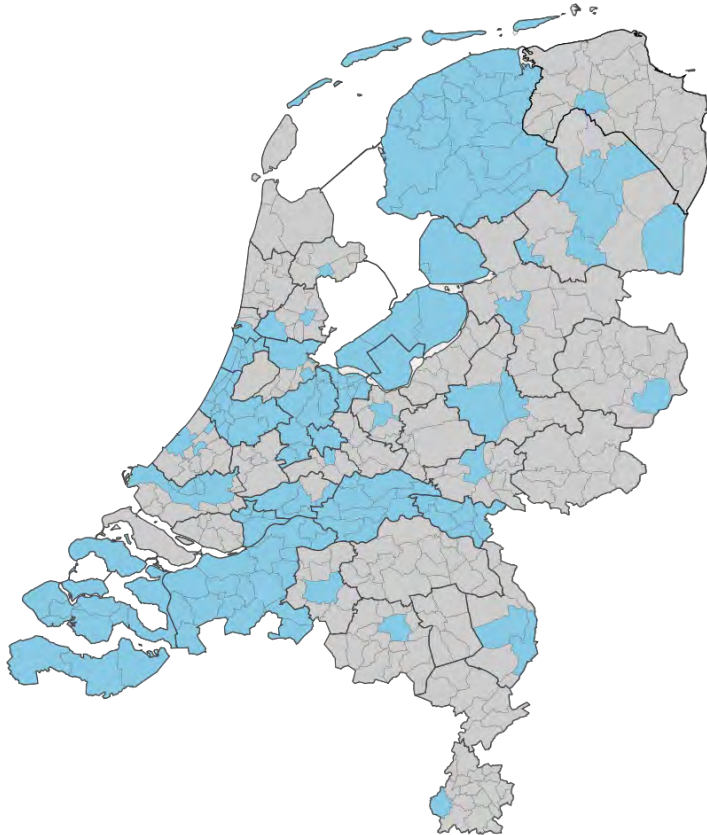
1. Preventie – instrumenteel



1. Preventie – instrumenteel

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Zorgverzekeraars en gemeenten ontwikkelen (met aanbieders) nieuwe werkwijzen in het primaire proces, gericht op preventie.	Hierbij gaat het onder andere om leefstijlinterventies die vanuit het medische en/of sociale domein ingezet kunnen worden (voorbeeld: leefstijlcoach) of de verbinding tussen professionals uit deze domeinen versterken (voorbeelden: versterking ketenzorg in Salland om oneigenlijk ‘beddengebruik’ tegen te gaan en een project over anderhalvelijnszorg – proeftuin Blauwe Zorg in Zuid-Limburg).
Waar binnen een gemeente of regio op meerdere manieren wordt gewerkt aan preventie (bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een nieuwe werkwijze, beleid en inkoop), betreft het meestal verschillende projecten. Het komt weinig voor dat één project zich tegelijkertijd op zowel het ontwikkelen van een werkwijze in het primaire proces, als inkoop en/ of beleid richt.	Deels valt dit te verklaren doordat er een volgordelijkheid in zit: eerst ontwikkel je een nieuwe werkwijze en vervolgens kijk je hoe dit geborgd wordt, onder andere in inkoop en beleid van gemeenten en zorgverzekeraar. Dit is een stap die in veel gevallen nog gezet moet worden. Daarnaast valt dit te verklaren doordat de samenwerkingskaarten de huidige samenwerking in kaart brengen. Als er in het verleden een nieuwe werkwijze is ontwikkeld en die wordt nu uitgerold en geborgd in de interne organisaties, dan is deze niet meer terug te zien als ontwikkelproject ‘werkwijze (primaire proces)’.
De samenwerking op het gebied van preventie richt zich ook op borging in beleid en inkoop.	Preventieprojecten op het gebied van beleid betreffen onder andere het overnemen van schulden en treffen van regelingen (om verergering van de problematiek te voorkomen), informatieverstrekking en het opnemen van preventiecursussen in het aanbod van gemeenten en zorgverzekeraar (o.a. in de aanvullende verzekering). Dit laatste is ook een voorbeeld van borging van preventie via de inkoop.
Zorgverzekeraars en gemeenten maken samenwerkingsafspraken, specifiek gericht op preventie.	De afspraken betreffen (1) algemene afspraken over de samenwerking op het gebied van preventie (bijvoorbeeld via een convenant) of (2) concrete afspraken over hoe zij hier op een specifiek thema samen gaan werken. Voorbeeld: De Friesland en gemeenten hebben afspraken gemaakt met andere partijen over het (via een stichting) uitvoeren van initiatieven om het bewegingsonderwijs te bevorderen.
Vanuit de afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de collectieve zorg minima (CZM) wordt er in een enkel geval aanvullende afspraken over preventie gemaakt.	Dit betreft een investering in één van de meest kwetsbare doelgroepen (minima, die vaak problemen op meerdere leefdomeinen hebben), met als doel om zwaardere hulp en kosten te voorkomen. Voorbeeld van een dergelijke afspraak: social return on investment voor 577 verzekerden in Rotterdam.

2. GGZ- totaal (incl. grenzen van de Wmo-regio's)



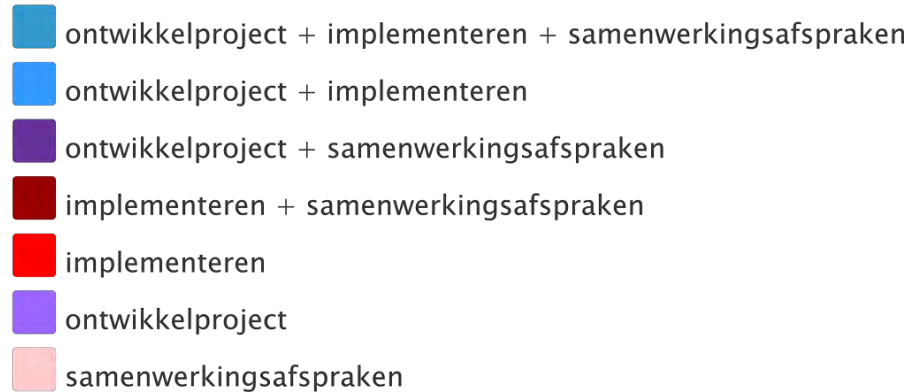
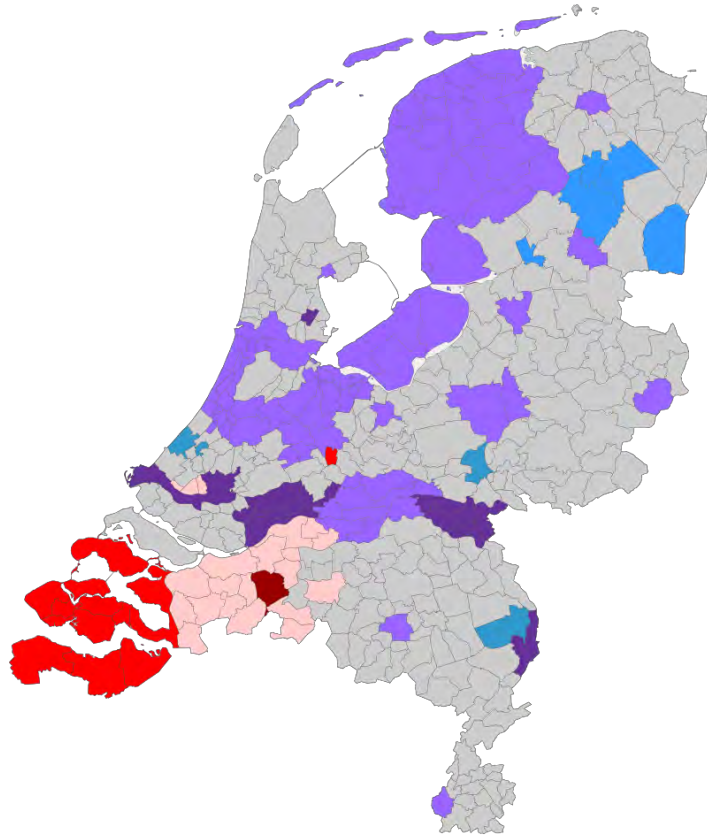
Dit kaartje geeft inzicht in welke Wmo-regio's en daarbinnen gemeenten, er samenwerkingsprojecten tussen zorgverzekeraars en gemeenten plaatsvinden *gericht op de doelgroep GGZ*

 GGZ

2. Overall beeld GGZ

- De GGZ-projecten zijn **relatief omvangrijk** (een ‘middenmotor’ in relatie tot de andere inhoudelijke thema’s). De spreiding is redelijk verdeeld over het land.
- In de samenwerkingsprojecten in de GGZ-projecten ligt de focus op “**samen doen**” in de uitvoering, met professionals, cliënten en ervaringsdeskundigen. Het stadium van uitsluitend afspraken maken op papier in samenwerkingsdocumenten is voorbij.
- Het overgrote deel van de GGZ-projecten vindt plaats in de **lokale praktijk**. Het ontwikkelen, innoveren en vernieuwen is **arbeidsintensief** en vindt plaats **vanuit de uitvoering**.
- De focus ligt op het **ontwikkelen** van een gezamenlijk sterke ambulante GGZ-netwerk/keten, gericht op herstel, waarvoor gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijk zijn.
- Gemeenten en zorgverzekeraars geven aan dat het **niet eenvoudig** is om vanuit de lokale praktijk **op te schalen**. Zorgverzekeraars **kiezen daarom gericht** om op beperkte schaal in een aantal gemeenten een lokaal ontwikkeltraject te starten, waarvan zij verwachten dat het **de potentie** heeft om op te schalen.
- Deze projecten hebben soms **verschillende focus** (bijv in de werkagenda van Menzis) zodat de verschillende resultaten elkaar kunnen **versterken**. Soms hebben de projecten **eenzelfde focus** (bijv. EPA-taskforces van Zilveren Kruis), zodat de onderlinge resultaten **vergeleken** kunnen worden.
- Het onderling vergelijken van projecten en daaruit de **waardevolle elementen** destilleren om deze tot slot te borgen in beleid of inkoop kost tijd. Er is (daarom) vooralsnog **nauwelijks sprake van doorontwikkeling of implementatie**.
- Als de gemeenten en zorgverzekeraars (gezamenlijk) blijven investeren in het **onderling vergelijken**, het in kaart brengen van de **(mogelijke) effectiviteit** en het **abstraheren van de mogelijke waardevolle elementen**, dan kan – daarna – de slag gemaakt worden naar doorontwikkeling en implementatie elders.
- Dat vraagt ook dat op termijn een omslag wordt gemaakt **van lokale werkwijze naar beleid en inkoop**, zodat wat ontwikkeld is ook geborgd kan worden en voor meerdere gemeenten (en zorgverzekeraars) kan gaan worden.

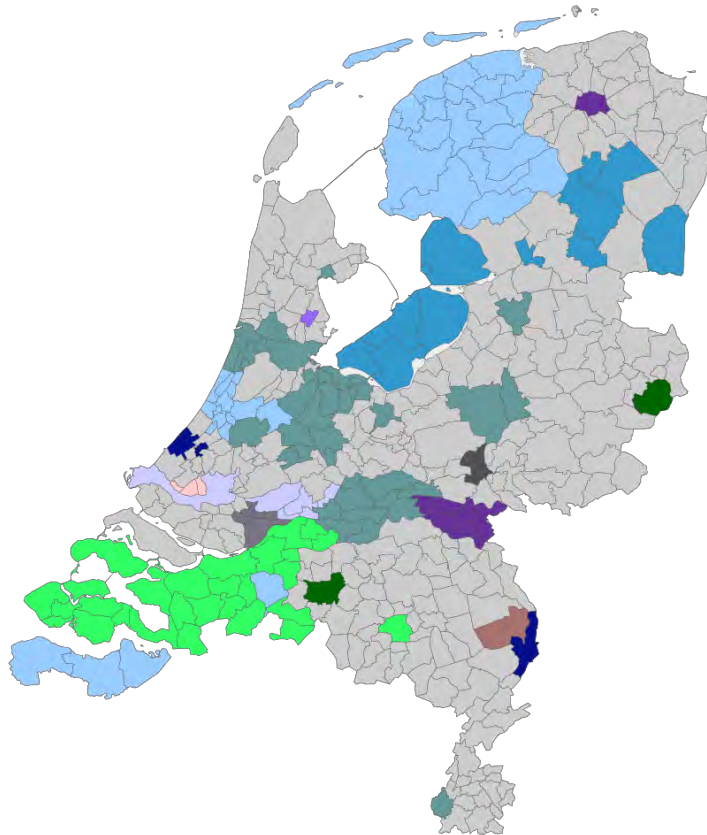
2. GGZ- samenwerkingsvorm (intensiteit)



2. GGZ– samenwerkingsvorm (intensiteit)

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Op het thema GGZ wordt relatief veel ontwikkeld door zorgverzekeraars en gemeenten (in plaats van dat het bijvoorbeeld blijft bij samenwerkingsafspraken).	Zorgverzekeraars en gemeenten zijn beiden verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de GGZ-keten. Dit maakt het belang om hier samen aan te werken groot. Voorbeelden van projecten: de ontwikkeling van een sterkere GGZ-keten en integrale aanpak rond GGZ-cliënten, soms toegespitst op een specifieke doelgroep (bijvoorbeeld EPA).
Doorontwikkeling van projecten in andere gemeenten/ regio's vindt niet plaats. Projecten die elders zijn ontwikkeld worden soms wel elders in het land geïmplementeerd.	Het doorontwikkelen van een project dat is ontwikkeld in een andere gemeente, dan wel regio, wil zeggen dat dit nog een stap verder wordt ontwikkeld (bijvoorbeeld om een werkwijze goed toepasbaar te maken op regionale schaal of in gemeenten met een andere omvang – grote vs. kleine gemeenten). Het hoeft niet bezwaarlijk te zijn, dat dit nog niet op veel plekken plaatsvindt. Wanneer projecten direct elders worden geïmplementeerd, wordt immers ook gewerkt aan de opschaalbaarheid. Implementatie elders gebeurt nog niet op grote schaal. Het vraagt om de nodige uitwisseling tussen gemeenten en zorgverzekeraars en tussen gemeenten onderling en zorgverzekeraars onderling om dit mogelijk te maken. Daarbij zijn nog niet alle ontwikkelprojecten in het stadium dat al opgeschaald kan worden.
Er zijn relatief weinig samenwerkingsafspraken bekend (vergeleken met bijvoorbeeld preventie).	GGZ is een thema waar meer direct belang voor zorgverzekeraars en gemeenten ligt om gezamenlijk een werkwijze in het primaire proces te ontwikkelen, dan bijvoorbeeld bij het thema preventie. De professionals uit het medische en sociale domein hebben in de GGZ-keten direct met elkaar te maken.

2. GGZ – instrumenteel

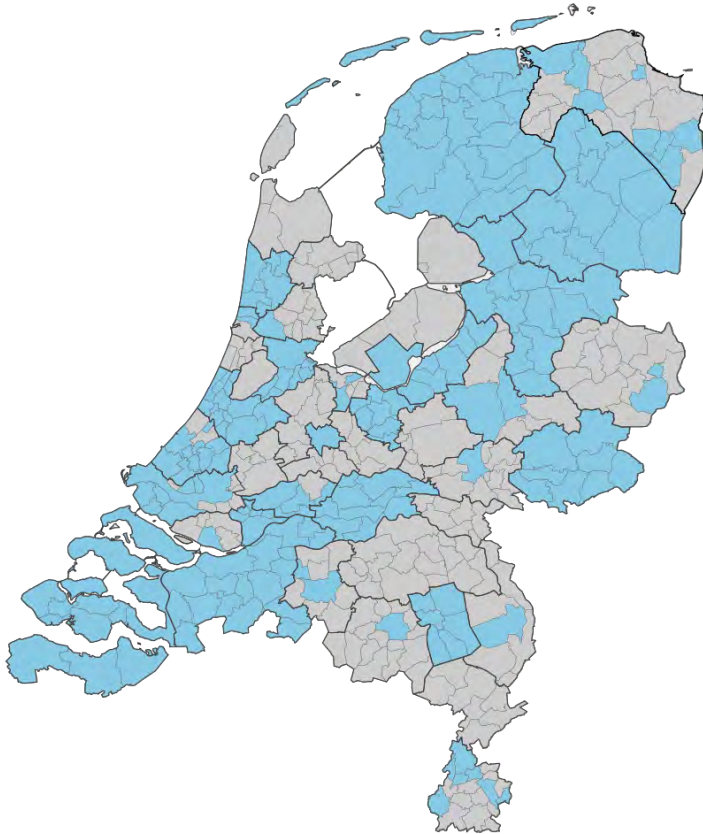


- werkwijze + beleid + inkoop + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + inkoop + collectieve zorgminima
- werkwijze + inkoop + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + inkoop
- werkwijze + beleid
- werkwijze + inkoop
- werkwijze + collectieve zorgminima
- werkwijze + samenwerkingsdocument
- werkwijze
- beleid + inkoop
- beleid
- samenwerkingsdocument

2. GGZ – instrumenteel

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Er worden relatief veel nieuwe werkwijzen in het primaire proces ontwikkeld.	Gemeenten en zorgverzekeraars hebben er belang bij om samen te werken aan een sterke GGZ-keten (zie ook de toelichting bij de vorige samenwerkingskaart).
Zorgverzekeraars en gemeenten werken soms samen om hun beleid te verbeteren ten behoeve van de GGZ-doelgroep.	<p>De projecten die zijn gelabeld als 'beleid' bevinden zich veelal nog in een verkennend stadium, waarbij er wordt gekeken naar de mogelijkheden van zorgverzekeraars en gemeenten om te werken aan een sterke GGZ-keten. Onder andere de mogelijkheden om hierop te sturen via beleid worden dan verkend.</p> <p>De verwachting is dat in de toekomst de lessen uit de vele ontwikkelprojecten vaker geborgd kunnen worden in de richtinggevende kaders van gemeenten en zorgverzekeraars (voor o.a. een betere informatievoorziening richting inwoners/verzekerden, afspraken met aanbieders, inkoop, interne regels en protocollen). Dit lukt echter alleen als de partijen hun ontwikkelprojecten goed evalueren en kijken welke elementen waardevol zijn om structureel in beleid te borgen.</p>
Gezamenlijke inzet op inkoop, specifiek voor de GGZ-doelgroep vinden zeer beperkt plaats.	<p>Inkoopafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars voor een specifieke doelgroep vinden weinig plaats (met uitzondering van de minima). Dit gebeurt vaker voor een bredere populatie, bijvoorbeeld om wijkgerichte zorg te bevorderen.</p> <p>Ook op het gebied van inkoop geldt dat de lessen uit de ontwikkelprojecten potentie hebben om het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en gemeenten te verbeteren (zie de toelichting in de bovenstaande rij). Dit gebeurt nu echter nog niet.</p>

3. Ouderen– totaal (incl. grenzen van de Wmo-regio's)



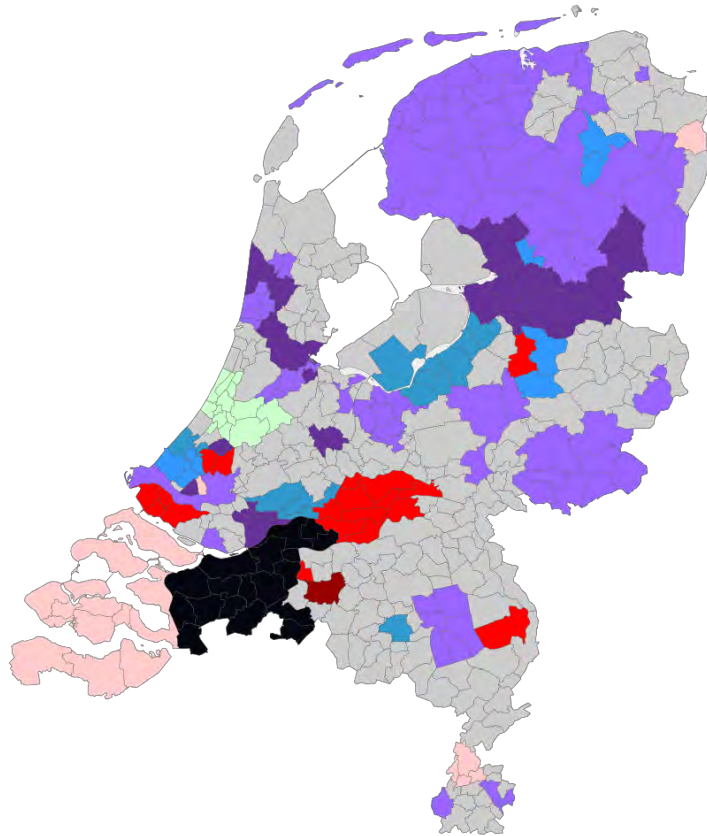
Dit kaartje geeft inzicht in welke Wmo-regio's en daarbinnen gemeenten, er samenwerkingsprojecten tussen zorgverzekeraars en gemeenten plaatsvinden gericht op de doelgroep ouderen.

 ouderen

3. Overall beeld Ouderen

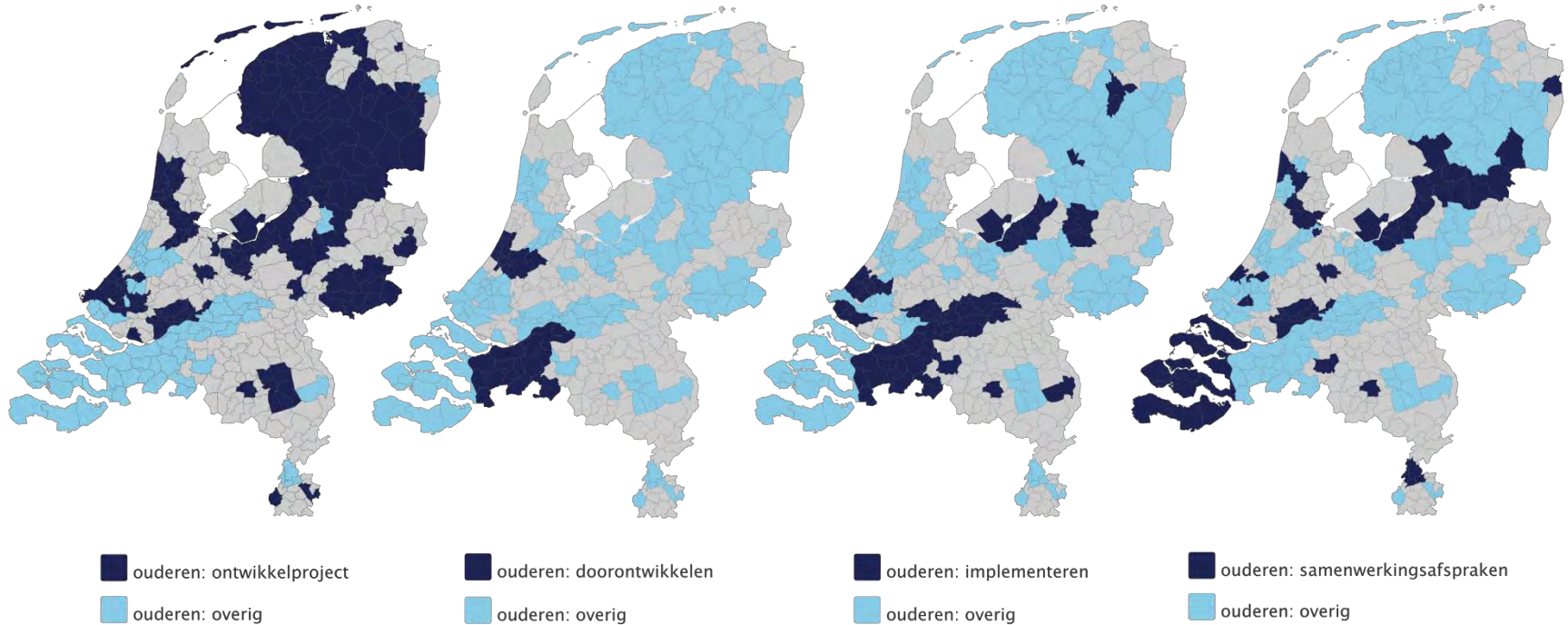
- De projecten gericht op ouderen hebben **de overhand** in de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Het merendeel van de Wmo-regio's heeft een samenwerkingsproject met zorgverzekeraars, gericht op ouderen.
- Zorgverzekeraars en gemeenten zijn verantwoordelijk voor het **opdrachtgeverschap** van de Zvw respectievelijk de Wmo. En het zorgkantoor (verbonden aan de zorgverzekeraar) is verantwoordelijk voor de WLZ. Daarmee hebben ze gezamenlijk een verantwoordelijkheid om ouderen hulp, ondersteuning en zorg te bieden in hun eigen lokale leefomgeving zodat **ouderen langer thuis kunnen blijven wonen**. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid leidt ook tot **onderlinge afhankelijkheid**, die tot uitdrukking komt in het **groot aantal samenwerkingsprojecten**.
- Het merendeel zijn **ontwikkeltrajecten**, maar – meer dan in de GGZ en bij preventie – lijkt bij de projecten gericht op ouderen ook al de slag te zijn gemaakt naar doorontwikkelen en implementeren. Dat kan er op duiden dat vooral in het **begin stadium van de samenwerking** de aandacht vooral lag op ouderenprojecten waardoor deze **nu in een vervolgstadium** terecht zijn gekomen.
- De **cyclus van samenwerkingsafspraken – ontwikkelen – doorontwikkelen – implementeren** lijkt nog door te gaan, met nieuwe samenwerkingsafspraken die worden gemaakt met de focus op ouderen. De vraag is wel of deze ook weer hun weg vinden naar “ontwikkelen– doorontwikkelen – implementeren” of dat het wellicht een idee is om **datgene dat is ontwikkeld te borgen** in andere gemeenten.
- Het grootste deel van de projecten gaat over het ontwikkelen van een **effectieve werkwijze**. Net als bij de GGZ zijn deze trajecten arbeidsintensief en gericht op een effectief netwerk in de wijk voor de doelgroep ouderen.
- Daarnaast is er een groot aantal projecten dat een wat **specifiekere inhoudelijke invalshoek** heeft (met als beoogd resultaat een nieuwe werkwijze), zoals het ontwikkelen van “nieuwe zorgpaden”, effectieve aanpak dementie, rechtmatig gebruik / voorkomen van crisisbedden.
- Op een aantal plekken wordt bovenregionaal samengewerkt (zoals de grenslakvraagstukken ouderenzorg), het **grootste deel vindt regionaal of gemeentelijk** plaats.
- Steeds meer wordt er gezocht naar mogelijkheden om **wat is ontwikkeld te borgen in beleid** (gemeenten én zorgverzekeraars) **en inkoop** (met name zorgverzekeraars). Voorbeelden daarvan is de grenslakkenvraagstukken ouderenzorg van Zilveren Kruis, dat geborgd wordt in de inkoop wijkgericht werken.

3. Ouderen– samenwerkingsvorm (intensiteit)



- ontwikkelpject + implementeren + samenwerkingsafspraken
- ontwikkelpject + implementeren
- ontwikkelpject + samenwerkingsafspraken
- ontwikkelpject
- doorontwikkelen + implementeren
- doorontwikkelen
- implementeren + samenwerkingsafspraken
- implementeren
- samenwerkingsafspraken

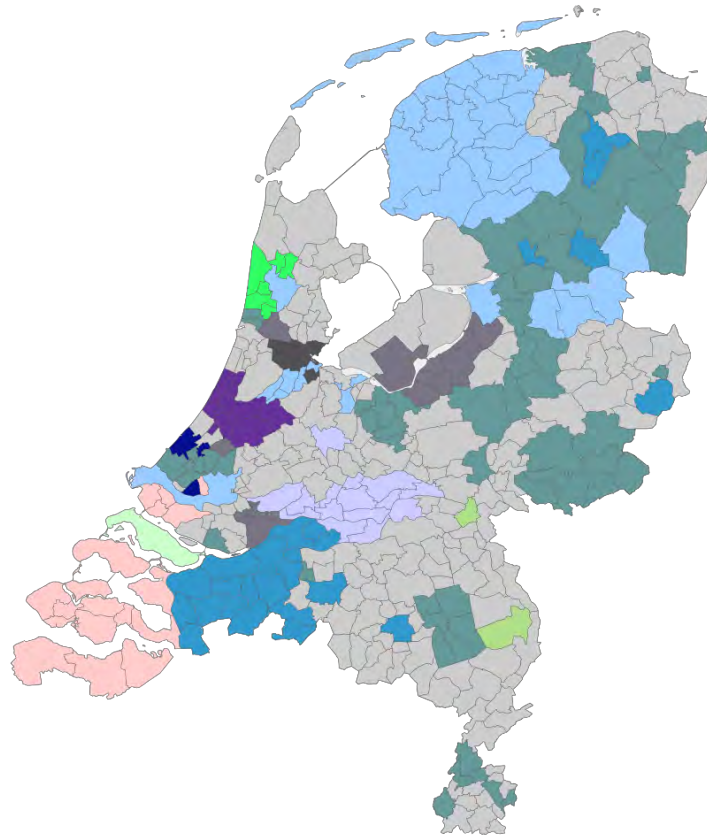
3. Ouderen– samenwerkingsvorm (intensiteit)



3. Ouderen– samenwerkingsvorm (intensiteit)

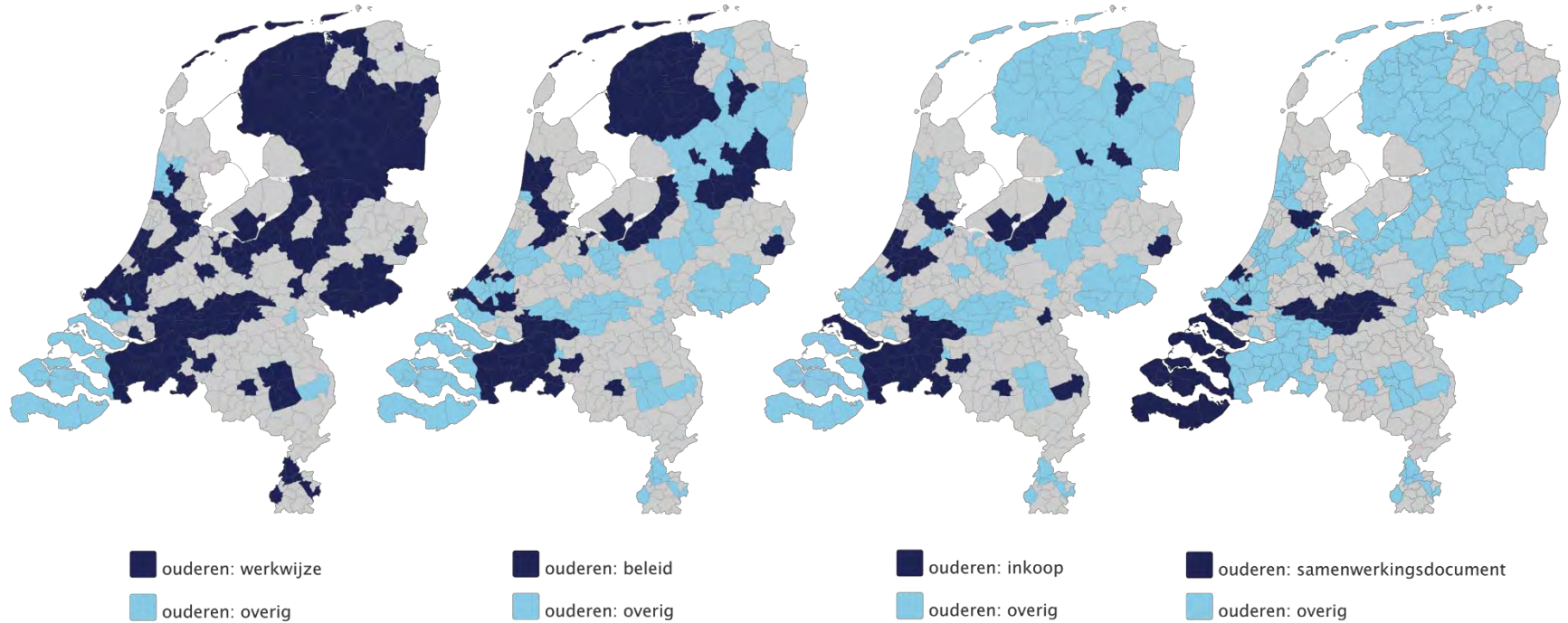
Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Zorgverzekeraars en gemeenten werken intensief samen om betere hulp aan ouderen te bieden.	Beide partijen investeren hier het nodig is, aangezien zorgverzekeraars en gemeenten allebei verantwoordelijk zijn voor een aanzienlijk deel van de hulp aan ouderen. Daarbij is de omvang van de populatie groot – en deze neemt de komende jaren toe – en zijn de kosten fors.
Er vinden relatief veel ontwikkelprojecten plaats, vergeleken met andere doelgroepen (zoals GGZ en jeugd).	De ontwikkelprojecten rondom ouderen houden zich bijna allemaal bezig met de vraag: hoe kunnen we eerder juiste hulp in de omgeving van de ouderen bieden (om zwaardere zorg te voorkomen, de mantelzorger te ontlasten, ouderen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen etc.). Soms zijn de projecten toegespitst op een specifieke groep, zoals dementerenden.
Op enkele plekken worden projecten doorontwikkeld of breder geïmplementeerd.	Dit gebeurt meer dan bij de doelgroep GGZ. Een verklaring kan zijn dat gemeenten en zorgverzekeraar al langer samenwerken rondom ouderen, waardoor de ontwikkelprojecten al verder uitgerold kunnen worden (bijvoorbeeld regionale dementieketens).
Zorgverzekeraars en gemeenten hebben soms algemene afspraken gemaakt over hoe zij samenwerken om betere hulp aan ouderen te bieden.	Dit kan de vorm van een algemene afspraak – bijvoorbeeld in een convenant – hebben of gericht zijn op een specifieke gezamenlijke actie, bijvoorbeeld de gezamenlijke sturing op een stichting die er voor zorgt dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen ('Wedde dat 't lukt' in Groningen).

3. Ouderen – instrumenteel



- werkwijze + beleid + inkoop + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + inkoop + collectieve zorgminima
- werkwijze + beleid + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + inkoop
- werkwijze + beleid
- werkwijze + samenwerkingsdocument
- werkwijze + inkoop
- werkwijze
- inkoop + samenwerkingsdocument
- beleid
- inkoop
- samenwerkingsdocument

3. Ouderen – instrumenteel



3. Ouderen– instrumenteel

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Zorgverzekeraars en gemeenten ontwikkelen relatief veel nieuwe werkwijzen (primair proces).	De meeste projecten zijn erop gericht om eerder juiste hulp in de omgeving van de ouderen bieden (om zwaardere zorg te voorkomen, de mantelzorger te ontlasten, ouderen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen etc.). Zie voor een toelichting op de projecten de toelichting bij de vorige samenwerkingskaart.
Er vindt een aantal gezamenlijke projecten op het gebied van beleid plaats.	Veelal gaat het om een verkennende samenwerking. Voorbeeld: bij de pilot 'leven zoals je wilt' (o.a. in regio Alkmaar/ Noord Kennemerland) vinden in eerste instantie gesprekken met ouderen, familie en vrienden plaats, om hun behoefte inzichtelijk te maken. Vervolgens wordt bezien hoe zorgverzekeraar en gemeenten hierop kunnen sturen (o.a. via beleid).
Een aantal regio's hebben een samenwerking met zorgverzekeraars op het gebied van de inkoop voor ouderen.	Als er op het gebied van inkoop wordt samengewerkt dan betreft het meestal de afspraak om bepaalde interventies op te nemen.
In een aantal regio's zijn samenwerkingsafspraken geborgd in een samenwerkingsdocument (bijvoorbeeld een convenant).	Dit kan algemene afspraken over de samenwerking rond ouderen betreffen of gaan om een specifiek project of doelgroep. Voorbeeld van een specifieke afspraak: in Uithoorn is er een bestuurlijk overleg over de inzet van de POH Ouderen.

4. Effectief Samenwerken in de Wijk – totaal (incl. grenzen van de Wmo-regio's)



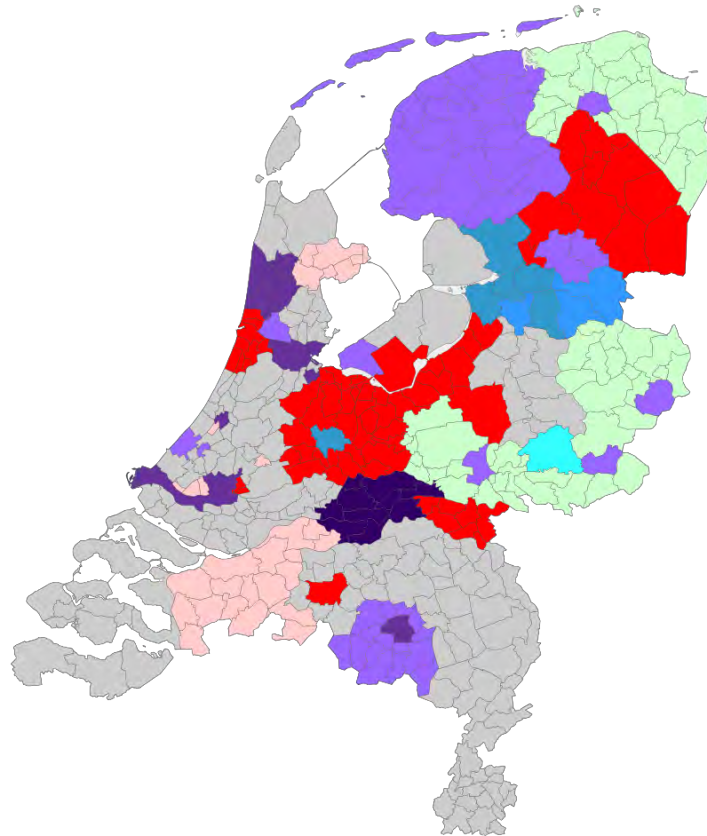
Dit kaartje geeft inzicht in welke Wmo-regio's en daarbinnen gemeenten, er samenwerkingsprojecten tussen zorgverzekeraars en gemeenten plaatsvinden *gericht op effectief samenwerken in de wijk*.

 effectief samenwerken in de wijk

4. Overall beeld Effectief Samenwerken in de Wijk

- Er zijn **redelijk veel samenwerkingsprojecten** gericht op Effectief Samenwerken in de Wijk. De projecten zijn vaak op regionaal niveau geclusterd en vinden veelal in het (noord)oosten en midden van het land plaats.
- Het merendeel van de projecten zit in het stadium van **doorontwikkelen en implementeren**. Dat wordt ook zichtbaar aan de instrumentele kant: er wordt in de meeste projecten **beleid** ontwikkeld.
- De ontwikkeling en lokale uitvoering vinden plaats op gemeentelijk niveau om daarna in beleid en inkoop te borgen op **regionaal of bovenregionaal niveau**.
- Dat kan – net als voor de projecten met een focus op ouderenzorg – betekenen dat de projecten een **stadium verder zijn dan ontwikkelen**. Dit stadium lijkt gepasseerd. In tegenstelling tot de ouderen is de cyclus van samenwerkingsafspraken – ontwikkelen – doorontwikkelen – implementeren maar **op een paar plekken opnieuw gestart**. Dat heeft waarschijnlijk ook te maken met de wettelijke verplichting in 2015 en 2016 dat er afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten gemaakt moesten worden over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. **Deze verplichting is per 1/1/2017 vervallen**.
- De projecten Effectief Samenwerken in de Wijk hebben voor de zorgverzekeraars Menzis en Zilveren Kruis een directe relatie met de inkoop van wijkgericht werken. Zij hebben de samenwerkingsrelatie tussen gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraar geborgd in een inkoopmodule waardoor **een groot aantal gemeenten** in hun kernwerkgebieden hiervan kunnen profiteren.
- Daar waar zorgverzekeraars en gemeenten niet gekozen hebben voor borging in regionaal en bovenregionaal beleid en/of inkoop, zijn de projecten effectief samenwerken in de wijk **incidenteel en versnipperd**. Ze hebben veelal betrekking op de lokale samenwerking tussen wijkteam, wijkverpleging, huisarts en poh. Vooral gericht op de doelgroep ouderen.
- De incidentele projecten blijken **lastig op te schalen** en het is voor gemeenten en zorgverzekeraars vaak **niet duidelijk wat het financieel rendement** is.

4. Effectief Samenwerken in de Wijk – samenwerkingsvorm (intensiteit)

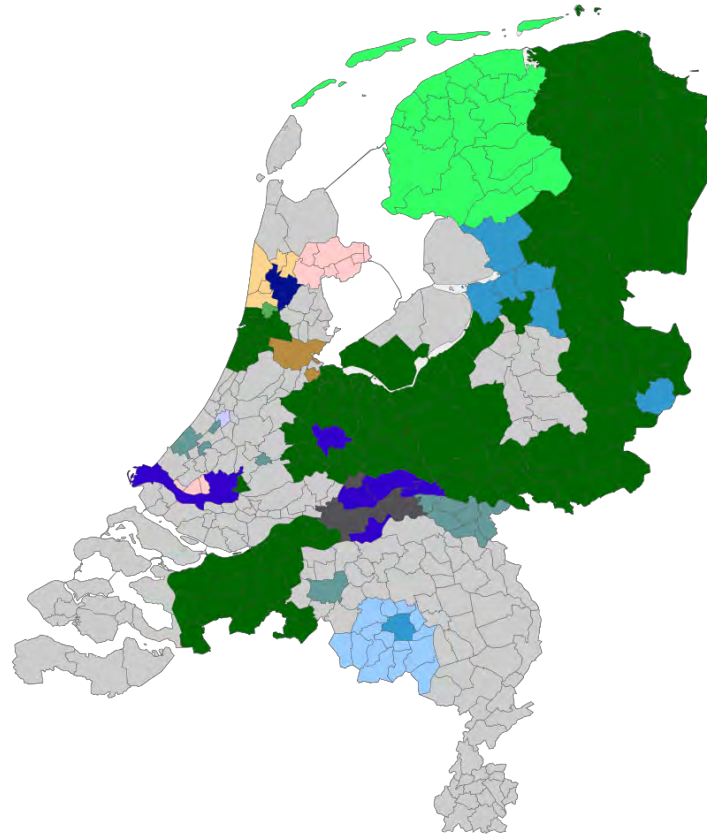


- ontwikkelproject + doorontwikkelen + implementatie + samenwerkingsafspraken
- ontwikkelproject + implementatie + samenwerkingsafspraken
- ontwikkelproject + doorontwikkelen
- ontwikkelproject + implementatie
- ontwikkelproject + samenwerkingsafspraken
- ontwikkelproject
- doorontwikkelen
- implementatie
- samenwerkingsafspraken

4. Effectief Samenwerken in de Wijk – samenwerkingsvorm (intensiteit)

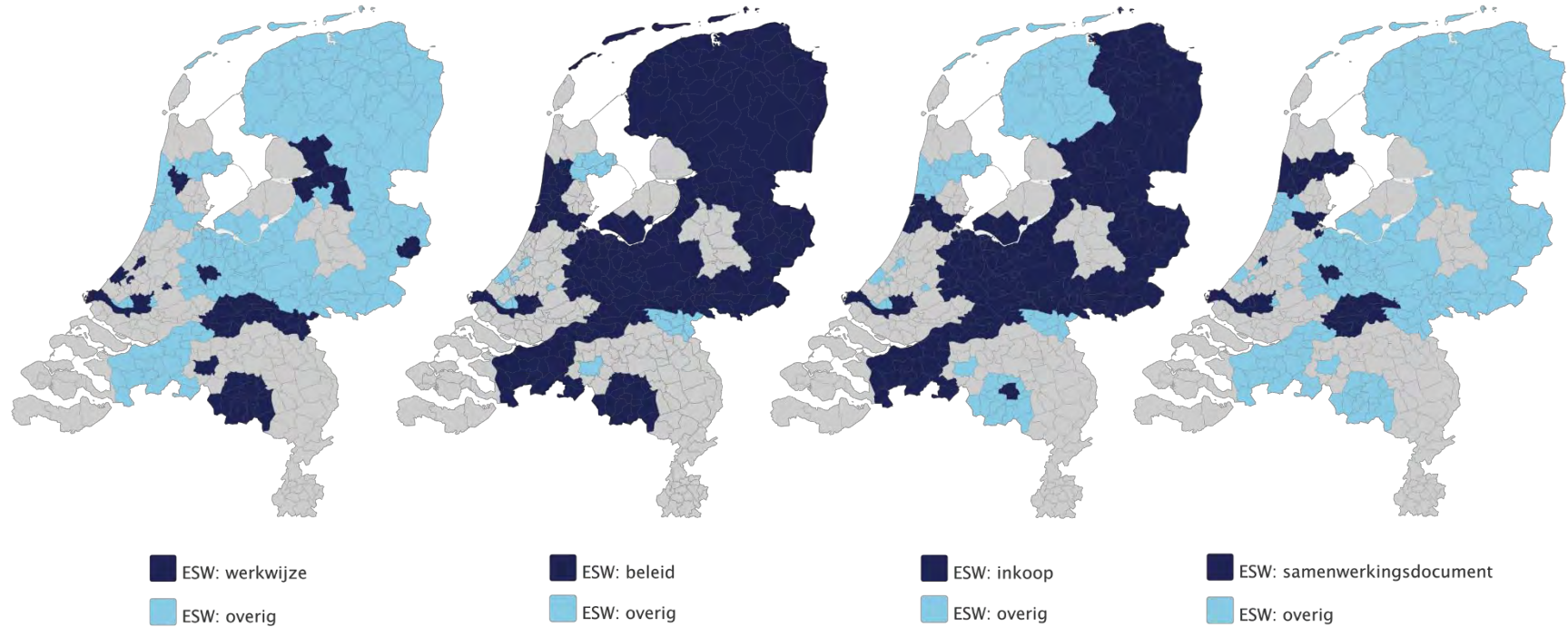
Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Op het gebied van Effectief Samenwerken in de Wijk wordt veel doorontwikkeld en geïmplementeerd.	Met de start van de nieuwe wetgeving in 2015 (Wmo, Zvw, WLZ) lag de focus op zowel de rol van de wijkverpleging in relatie tot het wijkteam (afspraken over de zogenaamde S1 bekostiging) als op grensvlakvraagstukken tussen deze drie wetten. Er stond voor 2015 en 2016 in de wet een verplichting dat gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar afspraken moesten maken over de inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. Dat heeft geleid tot veel projecten over effectief samenwerken in de wijk. De meeste projecten zijn nu aan doorontwikkeling/ implementatie toe.
Zorgverzekeraars en gemeenten leren van elkaar en wisselen ervaringen uit.	<p>Menzis en Zilveren Kruis hebben (los van elkaar) samen met gemeenten op bovenregionale schaal de S1-inkoop van wijkverpleging (niet toewijsbare zorg) doorontwikkeld naar een inkoopmodule sociale infrastructuur respectievelijk module wijkgerichte zorg. De inhoudelijke invulling van Zilveren Kruis is voor een deel gebaseerd op de eerste ervaringen van zorgverzekeraar Menzis. Op deze manier laten de zorgverzekeraars zien ook van elkaar te willen en kunnen leren.</p> <p>De modules zijn er op gericht dat professionals in de wijk (huisarts, poh, wijkverpleegkundige en wijkteam) beter samenwerken, met als resultaat dat mensen betere ondersteuning, hulp en zorg ontvangen zodat ze langer thuis kunnen blijven wonen. Deze modules zijn vervolgens (landelijk) geborgd in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars.</p> <p>De inhoudelijke invulling van de modules liggen in elkaars verlengde (Zilveren Kruis is een doorontwikkeling van de module van Menzis). In de feitelijke bekostiging hebben de zorgverzekeraars andere keuzes gemaakt.</p>
In enkele gemeenten/ regio's vinden er ontwikkelprojecten plaats.	Deze zijn gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen de professionals in de wijk (bijvoorbeeld de ouderenadviseur, de huisarts en POH ouderen).
Soms is er een samenwerkingsafpraak gemaakt om professionals effectief samen te laten werken in de wijk.	Voorbeeld: convenant van DSW en gemeenten Maassluis, Vlaardingen en Schiedam – samen met aanbieders en enkele andere partijen.

4. Effectief Samenwerken in de Wijk – instrumenteel



- werkwijze + beleid + inkoop + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + inkoop + samenwerkingsdocument
- werkwijze + beleid + inkoop
- werkwijze + beleid
- werkwijze + samenwerkingsdocument
- werkwijze
- beleid + collectieve zorgminima + samenwerkingsdocument
- beleid + inkoop + samenwerkingsdocument
- beleid + inkoop
- beleid + samenwerkingsdocument
- beleid
- samenwerkingsdocument

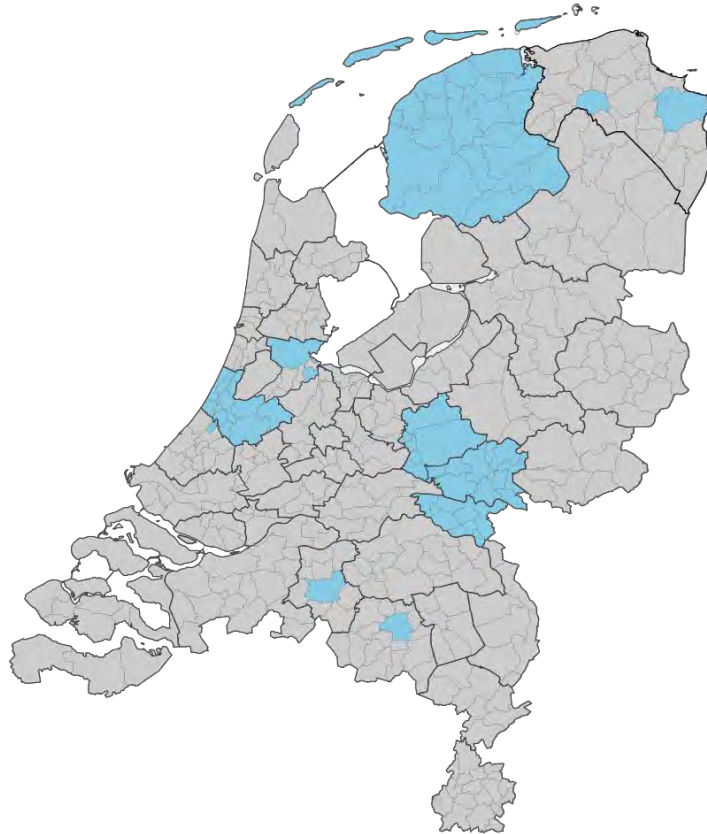
4. Effectief Samenwerken in de Wijk – instrumenteel



4. Effectief Samenwerken in de Wijk – instrumenteel

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
De meeste samenwerking wordt geborgd middels beleid en inkoop.	De inkoopmodules van Zilveren Kruis en Menzis zijn geborgd in inkoop en beleid.
In een aantal regio's wordt ook een werkwijze in het primair proces in de wijk ontwikkeld.	In de meeste gevallen tussen de volgende professionals: huisarts, poh, wijkverpleegkundige en wijkteam.

5. Jeugd 18min/18plus – totaal (incl. grenzen van de Wmo-regio's)



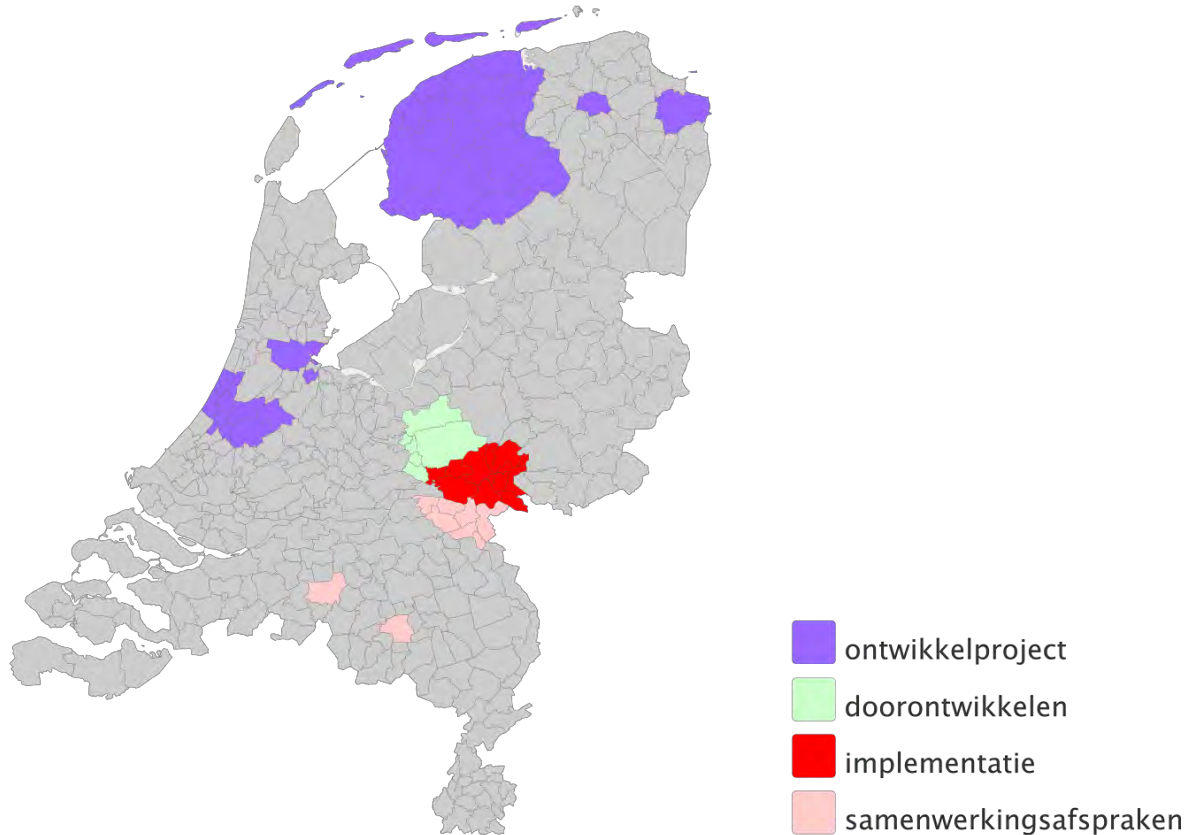
Dit kaartje geeft inzicht in welke Wmo-regio's en daarbinnen gemeenten, er samenwerkingsprojecten tussen zorgverzekeraars en gemeenten plaatsvinden gericht op de doelgroep jeugd 18min/18plus

 jeugd18-/18+

5. Overall beeld Jeugd 18min/18plus

- Er zijn maar **weinig samenwerkingsprojecten** met als onderwerp Jeugd 18min/18plus.
- De methodiek die door Menzis en de gemeenten Groningen en Oltambt is ontwikkeld voor jeugd 18min/18plus wordt binnen de werkagenda Menzis, gemeenten en regio's doorontwikkeld in de regio Food Valley en geïmplementeerd in de regio Arnhem. **De methodiek is een concreet instrument** dat via de website www.werkagendamenzisgemeenten.nl ook **beschikbaar wordt gesteld** aan andere gemeenten en zorgverzekeraars.
- In een beperkt aantal gemeenten is er samenwerkingsafspraken gemaakt over jeugd 18min/18plus. Het onderwerp lijkt **nauwelijks op de gezamenlijke agenda's** te staan.
- Vanuit dat perspectief kan het interessant zijn om de methodiek die is ontwikkeld door Menzis en de gemeenten Groningen en Oltambt als **basiswerkwijze** te nemen en in andere gemeenten en met andere zorgverzekeraars door te ontwikkelen.

5. Jeugd 18min/18plus – samenwerkingsvorm (intensiteit)



5. Jeugd 18min/18plus – samenwerkingsvorm (intensiteit)

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Op het gebied van Jeugd – specifiek 18min/18plus – werken zorgverzekeraars en gemeenten in een aantal regio's samen.	<p>In een zeer beperkt aantal regio's werken zorgverzekeraars en gemeenten aan het ontwikkelen van nieuwe samenwerkingsvormen om te voorkomen dat jeugdigen rond 18 jaar tussen wal en schip vallen.</p> <p>Menzis volgt de cyclus van ontwikkeling – doorontwikkeling – implementeren binnen de werkagenda Menzis, gemeenten en regio's. Menzis en de gemeenten Groningen en Oltambt hebben een werkwijze ontwikkeld, die in de regio Food Valley wordt doorontwikkeld (verder aangepast) en in andere regio's (waaronder Arnhem) worden geïmplementeerd.</p>
In een aantal gemeenten zijn er samenwerkingsafspraken om te voorkomen dat de problematiek van jongeren rond 18 jaar verergert.	Voorbeeld: in Midden Brabant zijn er afspraken gemaakt over gezamenlijke sturing door de gemeenten, CZ en VGZ.

5. Jeugd 18min/18plus – instrumenteel



-  werkwijze + beleid
-  werkwijze
-  beleid + inkoop
-  beleid + collectieve zorgminima
-  beleid

5. Jeugd 18min/18plus – instrumenteel

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
In de meeste gevallen ontwikkelen gemeenten en zorgverzekeraars samen een nieuwe werkwijze in het primair proces.	Deze aanpak is erop gericht dat partijen elkaar sneller vinden om te voorkomen dat jongeren rond 18 jaar tussen wal en schip vallen.
In een aantal gemeenten vindt borging in beleid plaats.	Voorbeeld: gemeenten en zorgverzekeraar stemmen af hoe zij kunnen sturen (o.a. richting aanbieders) en borgen dit in hun interne beleid.

6. Anders, nl....

Bij het label 'Anders, nl ...' worden met name genoemd:

Anders, nl ...	Toelichting
Algemeen	Het betreft algemene samenwerkingsafspraken, niet toegespitst op een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld afspraken met professionals over een betere samenwerking of een convenant).
Minima	Dit betreft de minimacontracten die zorgverzekeraars met gemeenten sluiten. Soms betreft het een specifieke aanpak gericht op deze doelgroep (bijvoorbeeld 'Schuldenlab 070 in Den Haag')

IV. De huidige samenwerking in kaart: instrumenteel

Werkwijze (primair proces)

Beleid

Inkoop

Collectieve zorg minima (contract)

Samenwerkingsdocument

Overall beeld Instrumenteel

Werkwijzen

- De meeste samenwerkingsprojecten gericht op het ontwikkelen of doorontwikkelen van **werkwijzen** (primaire proces) hebben de **focus ouderen en GGZ**. Voor ouderen geldt dat ze langer thuis willen blijven wonen en daardoor lokaal en dichtbij de meest passende hulp, ondersteuning en zorg willen ontvangen. Voor de GGZ-doelgroep geldt een beweging naar herstel in de eigen woon- en leefomgeving, waardoor ook de focus ligt op een effectieve en kwalitatieve lokaal sociaal-medische infrastructuur die zowel de client als zijn informele netwerk ondersteunt. Allemaal projecten die **plaatsvinden in de uitvoering**, waarbij **effectievere werkwijzen tussen professionals** die werkzaam zijn in het **sociale en het medische domein** centraal staan.
- Het overgrote deel van de werkwijzen wordt op **lokaal en regionaal niveau** ontwikkeld. De uitvoering staat centraal. Vanuit dat perspectief is een lokale geografische focus ook logisch.

Beleid

- Het meeste beleid wordt ontwikkeld op **de thema's Effectief Samenwerken in de Wijk en ouderen**. Voor dat eerste thema geldt dat er in eerste instantie een **wettelijke verplichting** was om samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars te maken (t.a.v. niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg – S1 bekostiging). Inmiddels is deze wettelijke verplichting losgelaten en worden de ervaringen uit de praktijk geborgd in beleid en inkoopafspraken. Hierdoor neemt de impact van deze afspraken toe omdat er geografisch meer massa gemaakt kan worden.
- Het overgrote deel van het beleid wordt **bovenregionaal geborgd**. Dit past ook bij het instrument: de impact heeft betrekking op een groot aantal gemeenten en zorgaanbieders en kan daarmee (met name voor de zorgverzekeraar) het beste bovenregionaal geborgd worden)

Inkoop

- Voor het instrument inkoop ontvouwt zich voor het thema **Effectief Samenwerken in de Wijk** hetzelfde patroon als voor beleid. De *second best* is het thema **preventie**. Met name CZ heeft in een aantal gemeenten in West-Brabant en Zuid-Limburg leefstijl projecten ontwikkeld die momenteel geborgd worden in de inkoop. Ook op het **onderwerp ouderen** is er een redelijke verbinding met de inkoop, maar dit heeft vooral ook te maken met het groot aantal ouderen projecten.
- Het overgrote deel van de borging van de inkoop vindt **bovenregionaal** plaats. Dat heeft vooral een relatie met de inkoopmodules wijkgericht werken (ZK) en sociale infrastructuur (Menzis). Alleen in de provincie Friesland is de borging van inkoop regionaal. Dat heeft er alles mee te maken dat De Friesland een regionale (en daarmee niet bovenregionale of landelijke) zorgverzekeraar is.

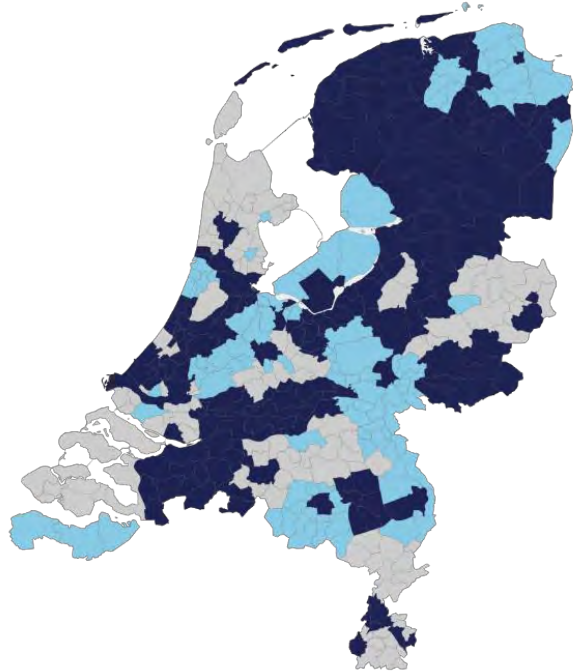
Collectieve zorg Minima

- De verbinding tussen het bestaande instrument collectieve zorg minima en de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten in het kader van de Wmo en Zvw wordt nauwelijks gelegd terwijl het instrument bij beiden al jaren bekend is. Dat heeft vooral te maken met de **verschillende afdelingen** binnen de gemeente (werk & inkomen vs maatschappelijke ondersteuning/sociaal domein) en binnen de zorgverzekeraar (commercie versus zorginkoop of strategie & ontwikkeling).
- Er is een aantal projecten waarin bij de inhoudelijke ontwikkeling een verbinding wordt gelegd met het bestaande instrument: de minimapolis. Soms zal het gaan over borgen in de **polis** (of aanvullende polis) en soms over borgen in de **bijbehorende propositie**. Dat laatste is eenvoudiger.

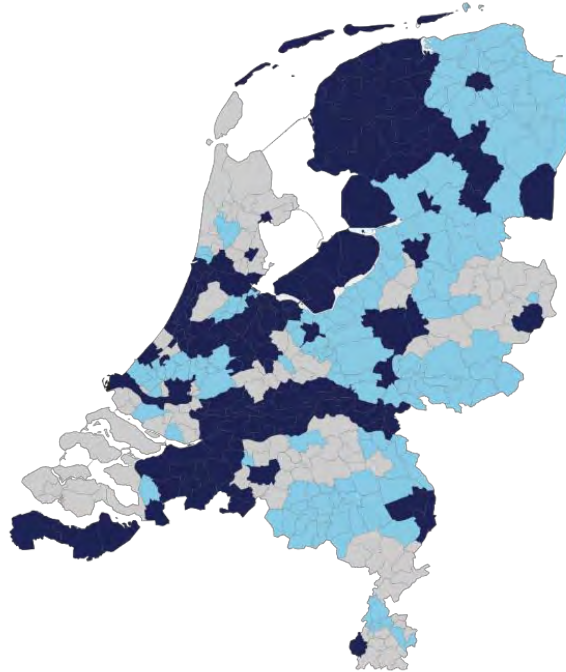
Samenwerkingsdocument:

- De meer algemene **procesmatige samenwerkingsafspraken** zijn geborgd in het samenwerkingsdocument. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een convenant of om een afspraak om via de Regiotafel samen te werken. Vaak worden hierbij enkele speerpunten genoemd, soms gericht op specifieke doelgroepen.

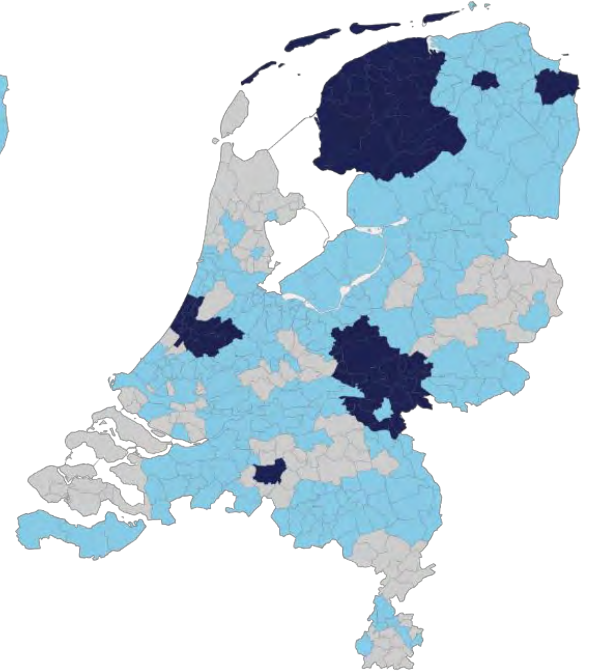
1. Werkwijze (primaire proces) – inhoudelijk



■ werkwijze: ouderen
■ werkwijze: overig

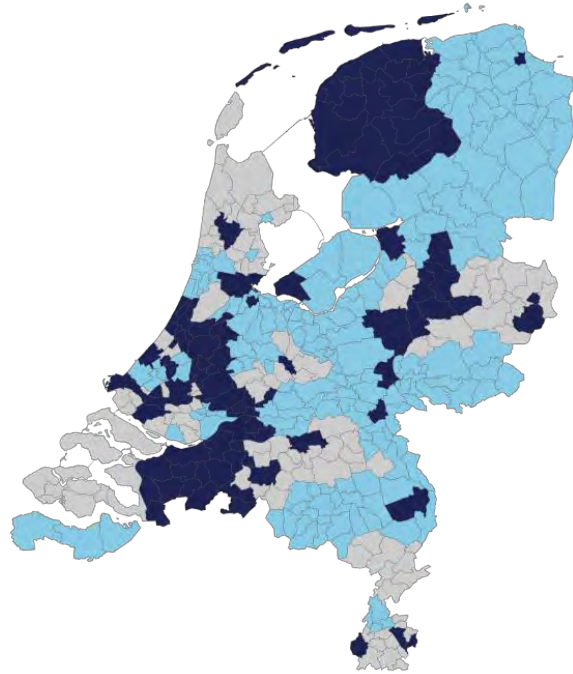


■ werkwijze: GGZ
■ werkwijze: overig

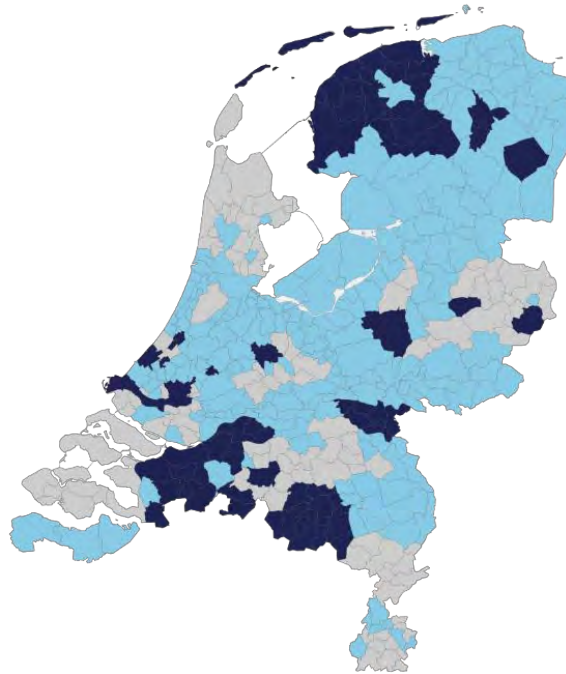


■ werkwijze: jeugd 18-/18+
■ werkwijze: overig

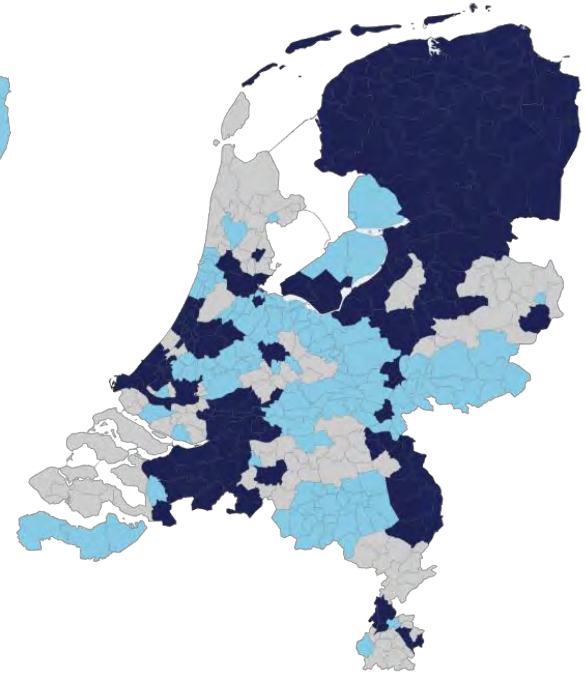
1. Werkwijze (primaire proces) – inhoudelijk



■ werkwijze: preventie
■ werkwijze: overig



■ werkwijze: ESW
■ werkwijze: overig

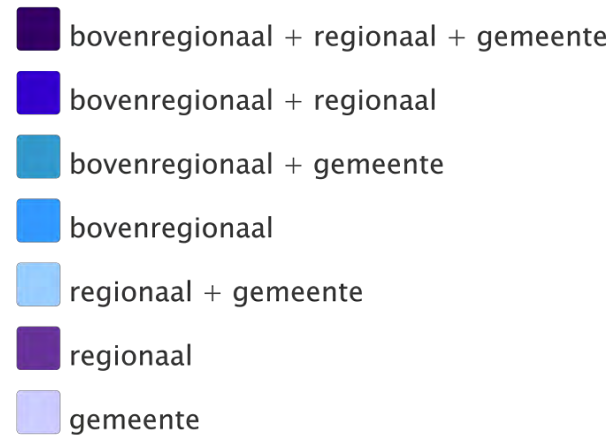
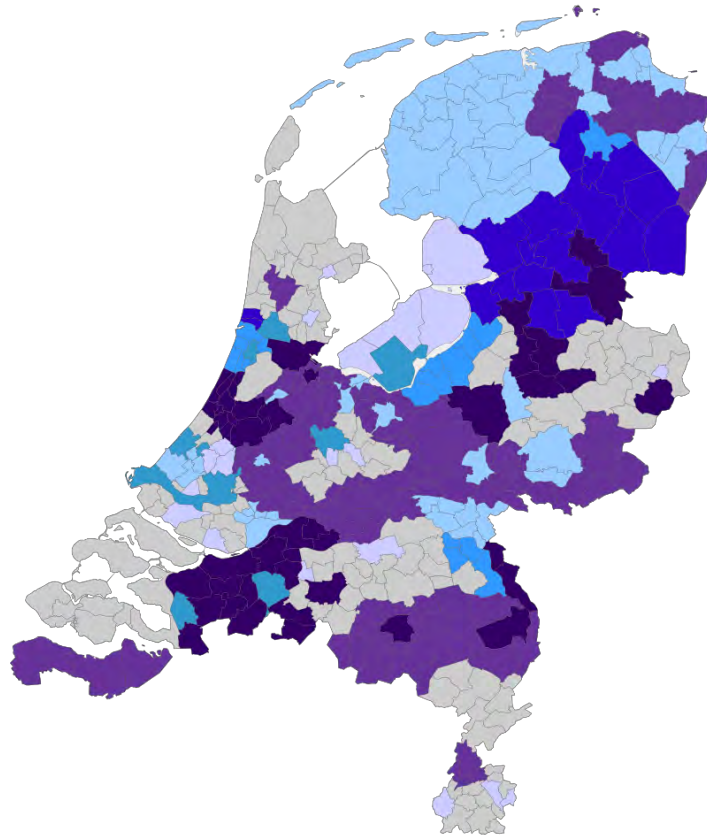


■ werkwijze: 'anders'
■ werkwijze: overig

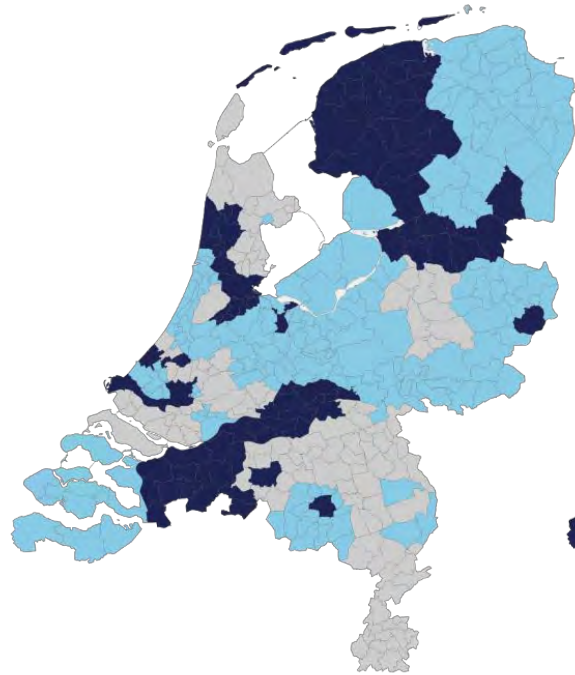
1. Werkwijze (primaire proces) – inhoudelijk

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
<p>Zorgverzekeraars en gemeenten ontwikkelen de meeste werkwijze in het primaire proces voor de doelgroep ouderen.</p> <p>Daarna voor de doelgroep GGZ.</p> <p>Het minste voor de doelgroep 18min/plus.</p>	<p>Zorgverzekeraars en gemeenten werken samen rond ouderen, een doelgroep die voor hen beiden relevant is om in te investeren vanwege de omvang en kosten van deze doelgroep voor beide partijen.</p> <p>Voor de doelgroep GGZ is dit ook het geval, maar worden (nog) minder nieuwe werkwijze voor het primaire proces ontwikkeld.</p> <p>Bij de doelgroep Jeugd 18min/18plus gaat het om relatief kleine aantallen, waar de kosten voor de zorgverzekeraar met name liggen bij de GGZ-zorg vanaf 18 jaar.</p>
<p>In de algemene samenwerking (niet toe te schrijven aan een specifieke doelgroep) ontwikkelen zorgverzekeraars en gemeenten ook de nodige nieuwe werkwijzen.</p> <p>Ook voor preventie worden gezamenlijke nieuwe werkwijzen ontwikkeld.</p> <p>Op het gebied van Effectieve Samenwerking in de Wijk worden relatief weinig nieuwe werkwijzen ontwikkeld.</p>	<p>Voorbeeld van het ontwikkelen van een nieuwe werkwijze die niet toe te schrijven is aan een specifieke doelgroep: het verbeteren van de algemene samenwerking tussen professionals.</p> <p>Voorbeeld van een preventieproject: het ontwikkelen van een nieuwe werkwijze gericht op het laten bewegen van kinderen.</p> <p>De samenwerking om professionals in de wijk effectiever samen te laten werken, spitst zich grotendeels toe op het doorontwikkelen van een inkoopmodule en minder op het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen in het primaire proces.</p>
<p>Er wordt veelal in verschillende regio's ontwikkeld.</p>	<p>In alle kernwerkgebieden worden ontwikkelthema's opgepakt door zorgverzekeraars en gemeenten.</p> <p>De zorgverzekeraar ontwikkelt met een specifieke regio, dan wel gemeente. Soms heeft dit te maken met het aantal verzekerden in een gemeente. Soms is de keuze voor een gemeente afhankelijk van het inhoudelijke thema.</p>

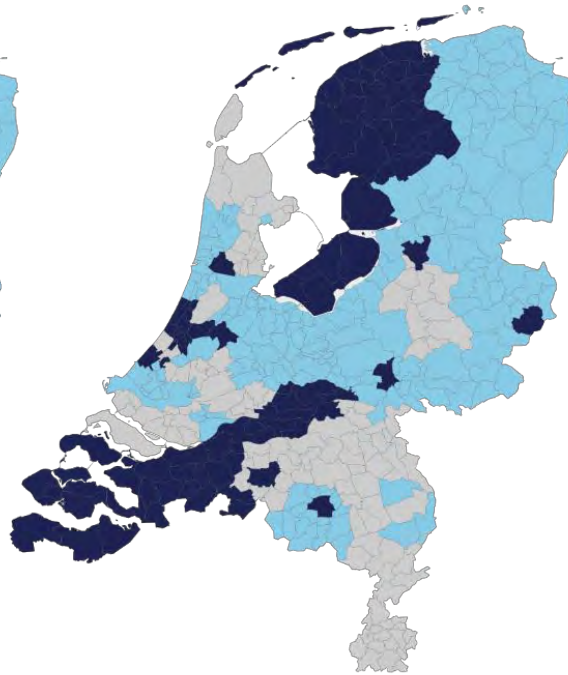
1. Werkwijze (primaire proces) – geografisch



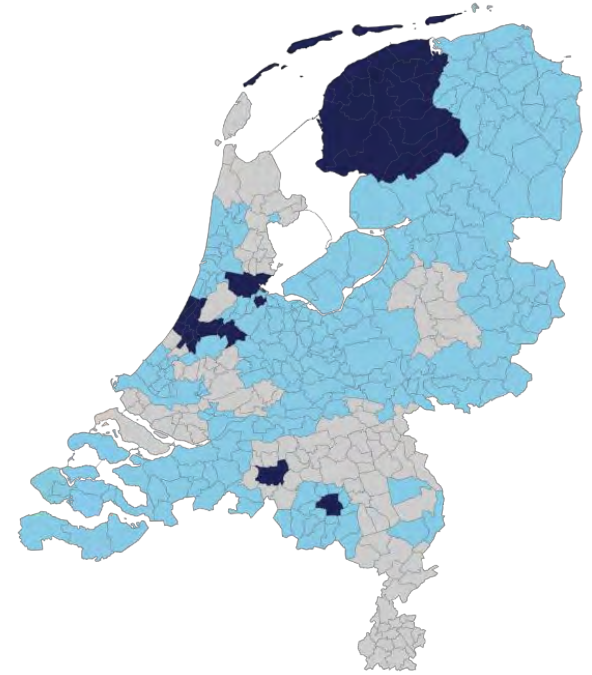
2. *Beleid – inhoudelijk*



■ beleid: ouderen
■ beleid: overig

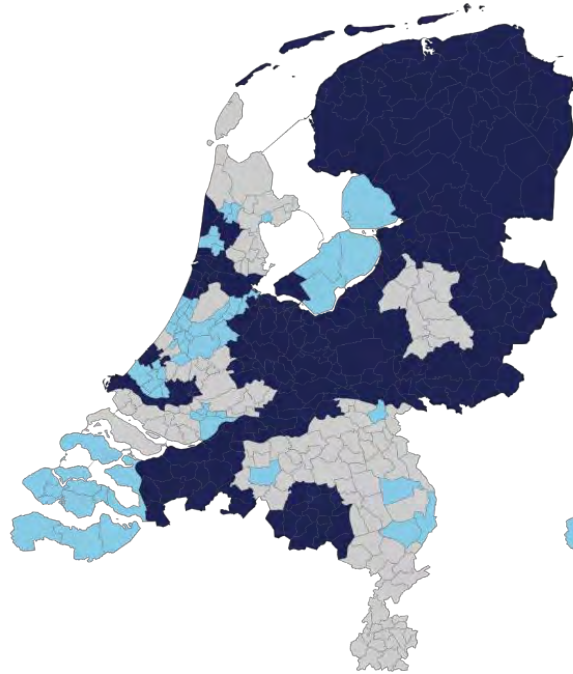


■ beleid: GGZ
■ beleid: overig

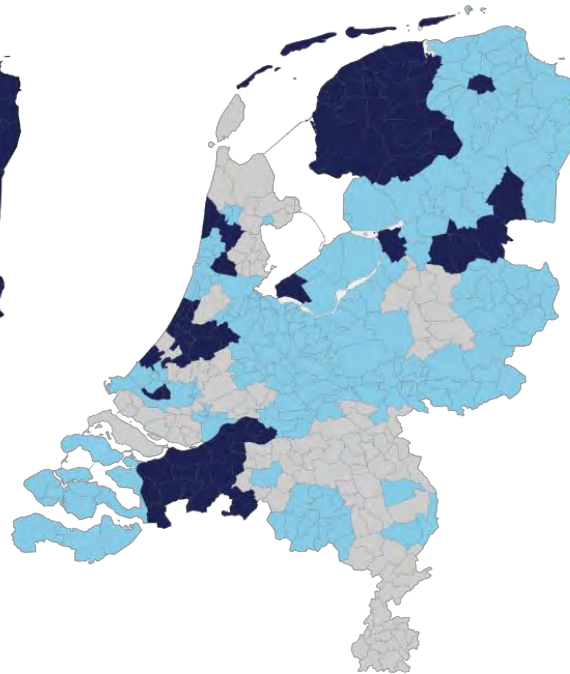


■ beleid: jeugd 18-/18+
■ beleid: overig

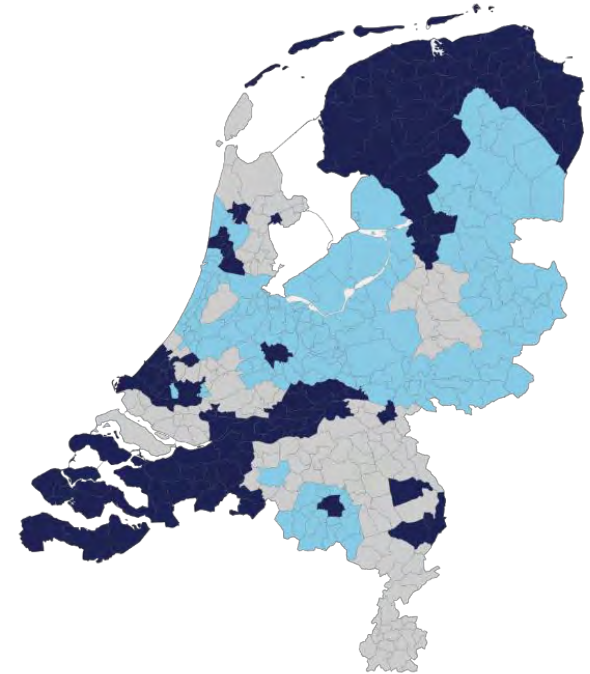
2. *Beleid – inhoudelijk*



■ beleid: ESW
■ beleid: overig



■ beleid: preventie
■ beleid: overig

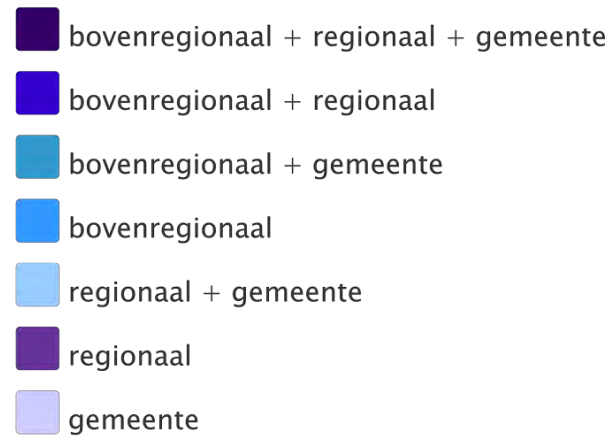
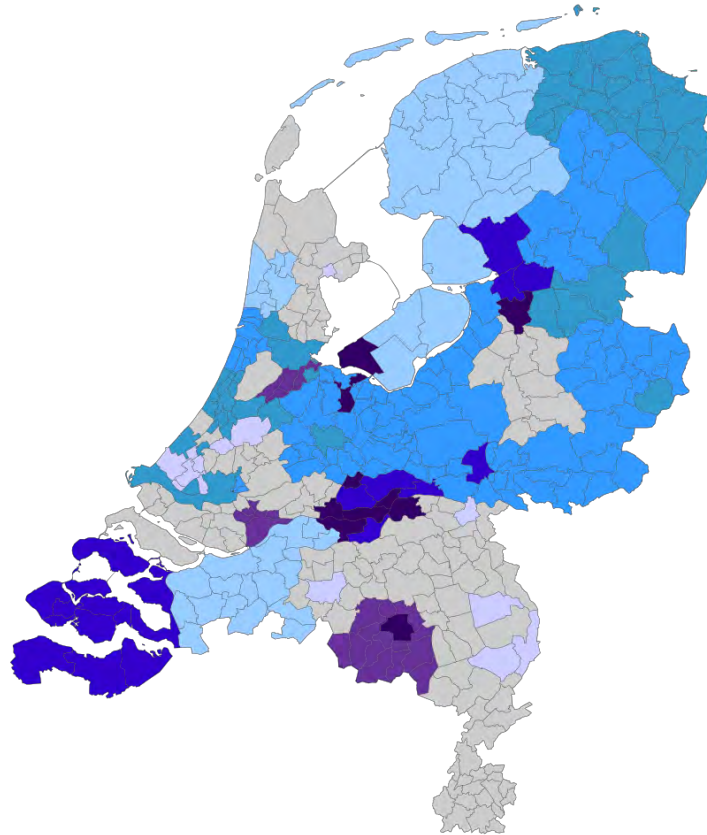


■ beleid: 'anders'
■ beleid: overig

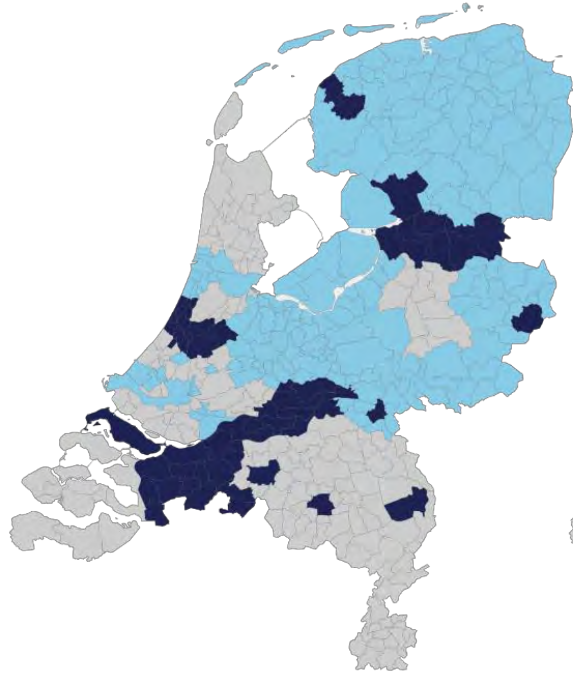
2. *Beleid – inhoudelijk*

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Zorgverzekeraars en gemeenten kiezen in dit stadium van de samenwerking eerder voor het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen dan voor het borgen van samenwerkingsafspraken in beleid.	<p>Gezamenlijke afspraken borgen in beleid heeft nog minder de bovenhand. Dat kan verschillende redenen hebben:</p> <ul style="list-style-type: none">- Gemeenten en zorgverzekeraars zijn nog te weinig met elkaar vertrouwd om concrete beleidsafspraken te maken. Afspraken in beleid kunnen voor een groter aantal gemeenten en zorgaanbieders impact hebben, dan is het prettig om eerst me elkaar de effectiviteit te hebben verkend in de lokale uitvoeringspraktijk- Borging in beleid is niet altijd aan de orde, soms zijn andere instrumenten geschikter. <p>Er zijn twee soorten projecten waarbij borging in beleid plaats kan vinden:</p> <ul style="list-style-type: none">• Het ene heeft primair de focus om te onderzoeken hoe de zorgverzekeraar en gemeente beter kunnen sturen (en hun beleid hierop dienen aan te passen).• De andere is een manier om een ontwikkelproject duurzaam te borgen: de lessen worden onder andere in het beleid van de zorgverzekeraar en gemeente verankerd.
Voor ouderen wordt het meest in beleid geborgd, gevolgd door GGZ en ten slotte Jeugd 18min/18plus.	Dit verhoudt zich logisch tot het totaal aantal samenwerkingsverbanden. Ook daar staan ouderen bovenaan, gevolgd door GGZ en Jeugd 18min/plus.
Acties rondom het thema Effectieve Samenwerking in de Wijk worden relatief het meest geborgd in beleid.	Dit komt doordat het beleid rondom het gebruik van de inkoopmodule wijkgerichte zorg (Zilveren Kruis en Menzis) is aangepast.
Algemene samenwerkingsafspraken en afspraken rondom preventie leiden minder vaak tot borging in beleid.	Het zijn vaak concrete afspraken rond een bepaald inhoudelijk thema, die leiden tot borging in beleid en interne processen. Bij algemene samenwerkingsafspraken, bijvoorbeeld rond preventie, is dit minder aan de orde.
Wanneer zorgverzekeraars en gemeenten met elkaar bezien hoe borging in beleid kan plaatsvinden, dan is dit relatief vaak met dezelfde gemeenten, dan wel regio's (vergeleken met 'werkwijze primair proces).	Zorgverzekeraars hebben in bepaalde gemeenten/ regio's een groter aandeel verzekerden. De meerwaarde voor hen om een intensieve samenwerking met deze gemeenten aan te gaan (en zaken in beleid te verankeren) is groter dan met gemeenten waar zij weinig verzekerden hebben.

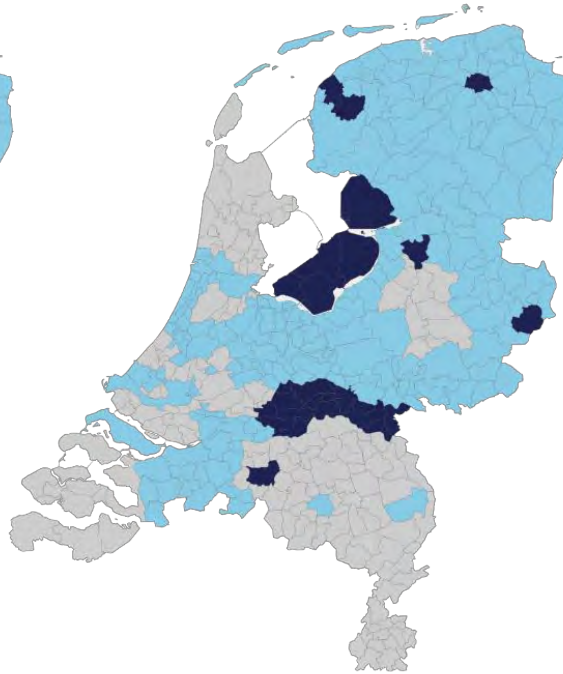
2. *Beleid – geografisch*



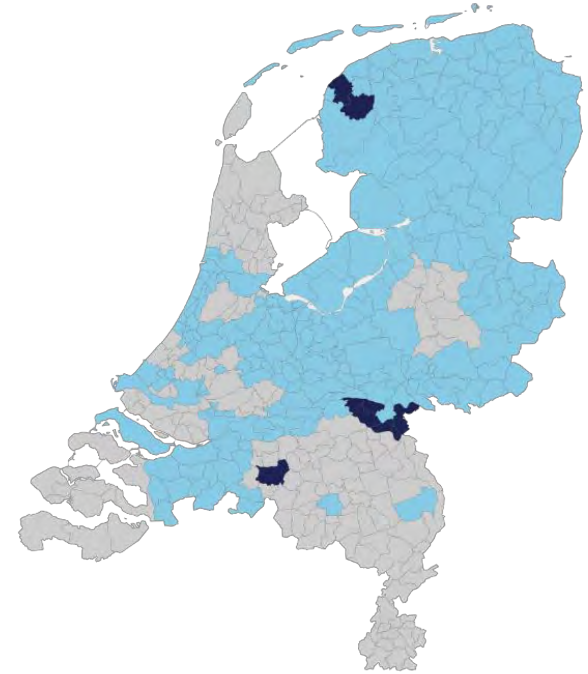
3. Inkoop – inhoudelijk



■ inkoop: ouderen
■ inkoop: overig

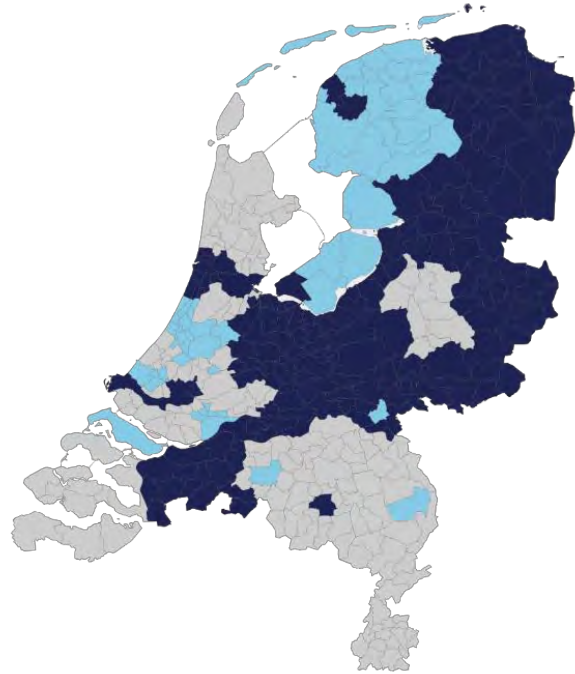


■ inkoop: GGZ
■ inkoop: overig

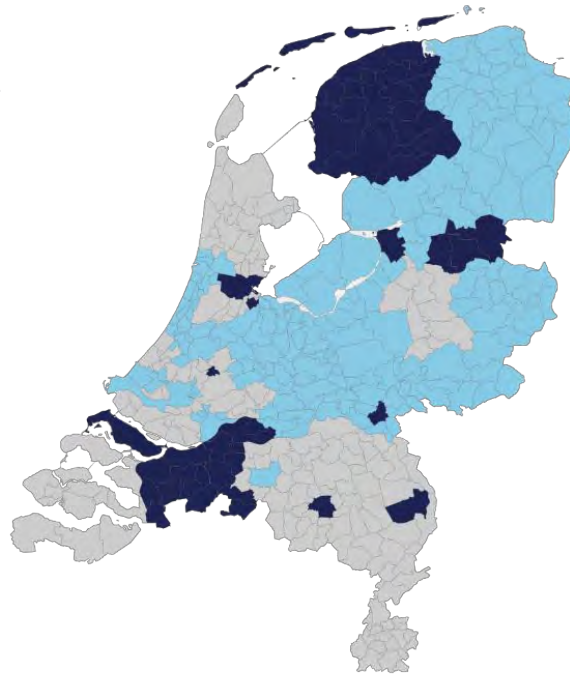


■ inkoop: jeugd 18-/18+
■ inkoop: overig

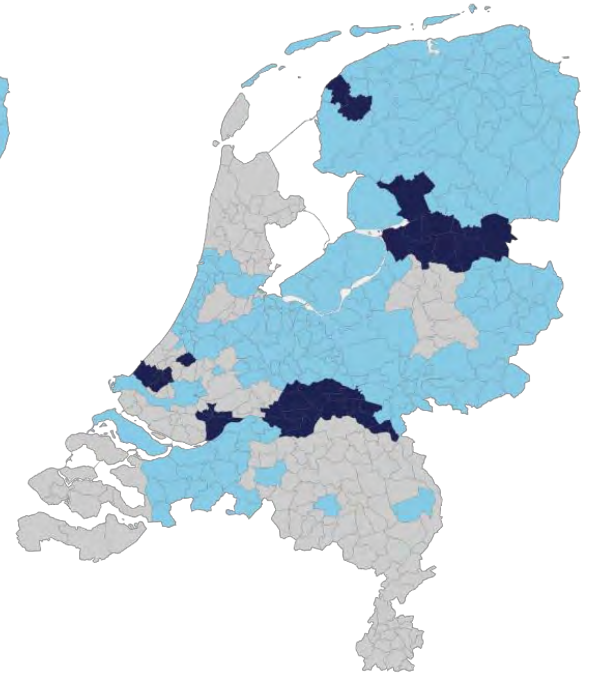
3. Inkoop – inhoudelijk



■ inkoop: ESW
■ inkoop: overig



■ inkoop: preventie
■ inkoop: overig

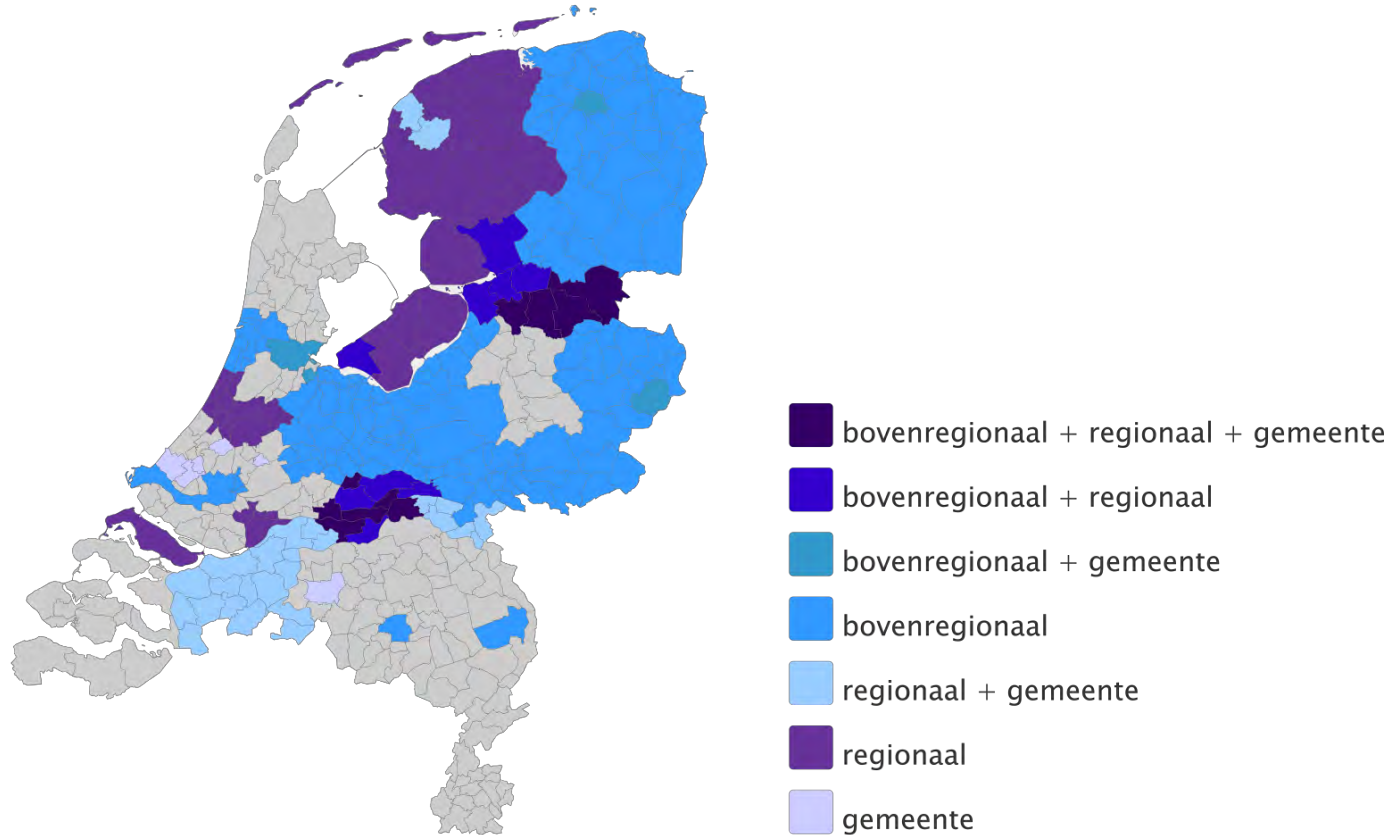


■ inkoop: 'anders'
■ inkoop: overig

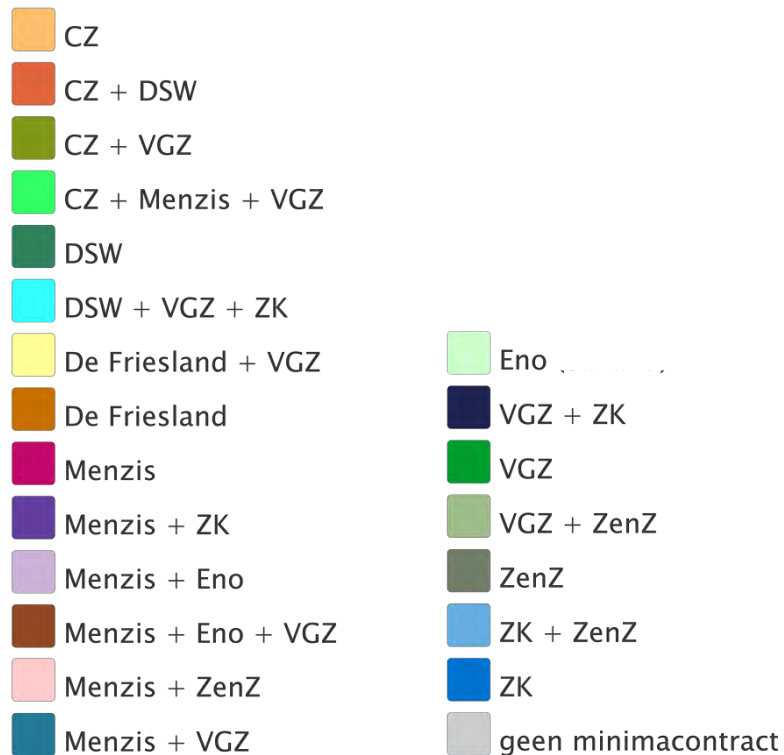
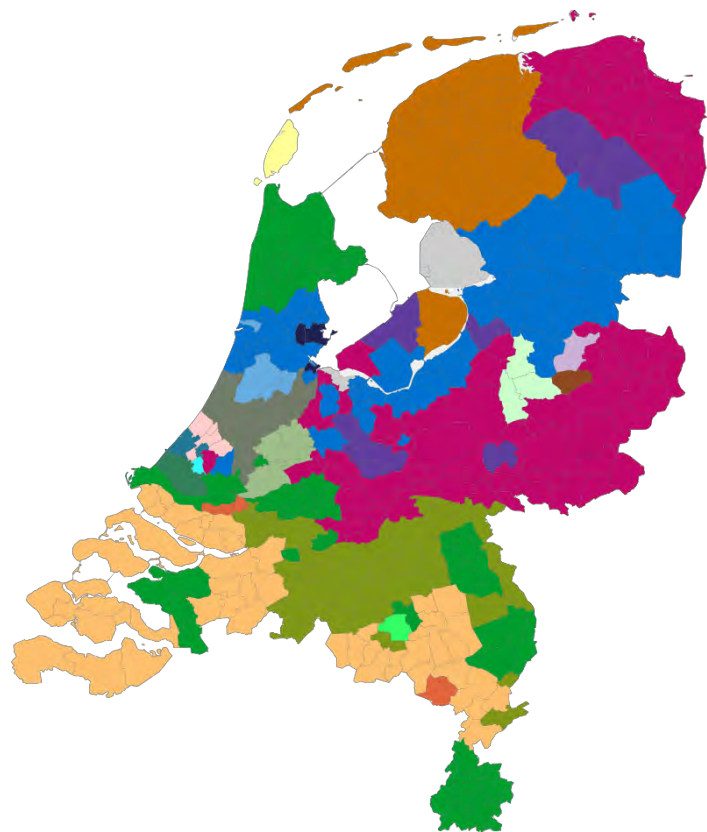
3. Inkoop– inhoudelijk

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Op het thema Effectief Samenwerken in de Wijk wordt het meeste samengewerkt rond de inkoop.	Met het vervallen van de aparte S1-inkoop heeft een aantal zorgverzekeraars (Zilveren Kruis en Menzis) – samen met gemeenten - een aparte inkoopmodule ontwikkeld voor wijkgerichte zorg.
Van alle doelgroepen wordt voor ouderen het meeste gezamenlijk opgetrokken rond inkoop. Voor GGZ en Jeugd 18min/18plus is dit nauwelijks aan de orde.	<p>Ontwikkelde interventies worden geborgd in de inkoop van zorgverzekeraars (de aanvullende verzekering) en gemeenten. Aangezien er voor ouderen in totaal ook het meeste samenwerkingsprojecten zijn, ligt het voor de hand dat er ook het meeste wordt samengewerkt rond inkoop.</p> <p>Wanneer de projecten voor de doelgroepen GGZ en Jeugd 18min/18plus in het verder stadium zijn, valt te verwachten dat de duurzame borging – onder andere via inkoop – meer plaatsvindt.</p>
Op het gebied van preventie werkt een aantal zorgverzekeraars en gemeenten samen rond Inkoop.	<p>Hierbij gaat het ook om het borgen van interventies – gericht op het bevorderen van gezond gedrag en het voorkomen van (zwaardere) zorgvragen – in de inkoop van de gemeente, dan wel zorgverzekeraar (aanvullende verzekering).</p> <p>Met name CZ heeft in een aantal gemeenten in West-Brabant en Zuid-Limburg leefstijl projecten ontwikkeld die momenteel geborgd worden in de inkoop.</p>

3. Inkoop- geografisch



4. Collectieve zorg minima – Gemeentepolissen



Let op!

Dit geeft de stand van zaken voor 2017 aan. In de loop van 2017 worden de gesprekken voor 2018 gevoerd en kan dit overzicht wijzigen.

NB. In de database is een deel van de minimacontracten opgenomen, echter niet allen. In deze vlekkenkaart wel.

4. Collectieve zorg minima – Gemeentepolissen

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
<p>Bijna alle gemeenten hebben een contract met zorgverzekeraars gesloten ten behoeve van de minima-inkomens.</p> <p>Soms zijn er contracten met twee zorgverzekeraars gesloten en in een enkel geval met drie.</p>	<p>Zorgverzekeraars en gemeenten spreken elkaar in bijna heel Nederland over het afsluiten van gemeentepolissen en bieden van hulp aan deze kwetsbare groep.</p> <p>In een enkel geval worden er aanvullende afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraar en gemeente om de mensen die een gemeentepolis afsluiten beter te helpen. Voorbeeld: in Rotterdam hebben zorgverzekeraars en de gemeente afgesproken dat welzijnsorganisaties een extra opdracht krijgen om een deel van deze populatie beter te helpen.</p> <p>Een enkele uitzondering daar gelaten, blijft het echter bij het maken van afspraken tussen zorgverzekeraar en gemeenten over de aan inwoners beschikbaar te stellen gemeentepolis.</p>

V. De huidige samenwerking in kaart: samenwerkingsvorm (intensiteit)

Ontwikkelpoject

Doorontwikkelen
(in een aantal gemeenten)

Implementeren

Samenwerkingsafspraken

Overall beeld Samenwerkingsvorm (intensiteit)

Ontwikkelen

- Er is een groot aantal ontwikkelprojecten verspreid over het land. Echter de focus ligt op een beperkt aantal thema's. Het overgrote deel van de ontwikkelprojecten hebben de inhoudelijke focus ouderen en GGZ (zie hoofdstuk 1 voor de toelichting). Beide onderwerpen zijn populair in de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten omdat ze (a) een grote financiële impact hebben voor beide partijen en (b) doelgroepen zijn waarvoor zowel gemeenten (Wmo) als zorgverzekeraars (Zvw) impact hebben en zij direct afhankelijk zijn van elkaar.
- Het is de vraag of al deze inhoudelijke ontwikkelprojecten unieke innovatieve informatie opleveren over effectieve werkwijzen, beleid of inkoop. Daarnaast is de vraag of landelijk gezien, er voldoende innovatieve kracht wordt ingezet op de overige onderwerpen (preventie, jeugd 18min/18plus, effectief samenwerken in de wijk). Daarmee rijst de vraag of het haalbaar is om de innovatieve projecten meer op elkaar af te stemmen en meer van elkaar te leren.

Doorontwikkelen

- De doorontwikkeling vindt zeer beperkt plaats. Het zijn overwegend projecten gericht op effectief samenwerken in de wijk (zie hoofdstuk 1 voor toelichting). Dit lijkt het enige onderwerp (evt met ouderen) waar andere gemeenten (en zorgverzekeraars) kunnen profiteren van wat elders is ontwikkeld. Het onderwerp Effectief samenwerken in de wijk is bij de invoering van de wetten – vanwege een wettelijke verplichting – als eerste opgepakt door zorgverzekeraars en gemeenten. Er is al veel geëxperimenteerd op dit onderwerp dat nu elders doorontwikkeld wordt.
- Voor de andere onderwerpen geldt dat doorontwikkelen nog maar zeer beperkt aan de orde is. Dat betekent dat andere gemeenten en zorgverzekeraars nog maar beperkt kunnen profiteren van elkaars ontwikkelkracht. De overdraagbaarheid en opschaalbaarheid zijn voor de meeste projecten nog te beperkt.

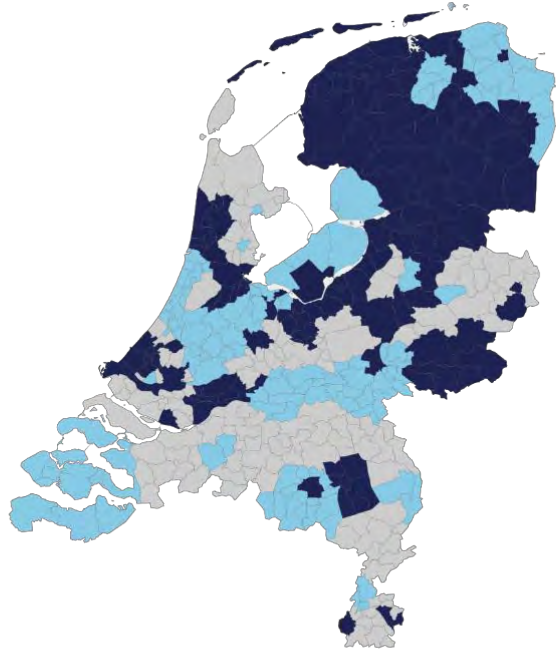
Implementeren

- Er vindt op beperkte schaal implementatie plaats. De meeste implementatieprojecten hebben betrekking op ouderen of Effectief Samenwerken in de Wijk (dit is grotendeels de inkoopmodule van Zilveren Kruis) en preventie. Bij ouderen betreft het hoofdzakelijk de implementatie van een aantal werkwijzen uit het primaire proces, die elders zijn ontwikkeld. Vooral voor preventie geldt dat de focus ligt op het implementeren van bewezen interventies (valpreventie en leefstijlcoach). Het aantal projecten jeugd 18min/18plus is beperkt maar de zorgverzekeraar heeft hier gericht gekozen voor het breed implementeren in het eigen kernwerkgebied van een elders ontwikkelde interventie.

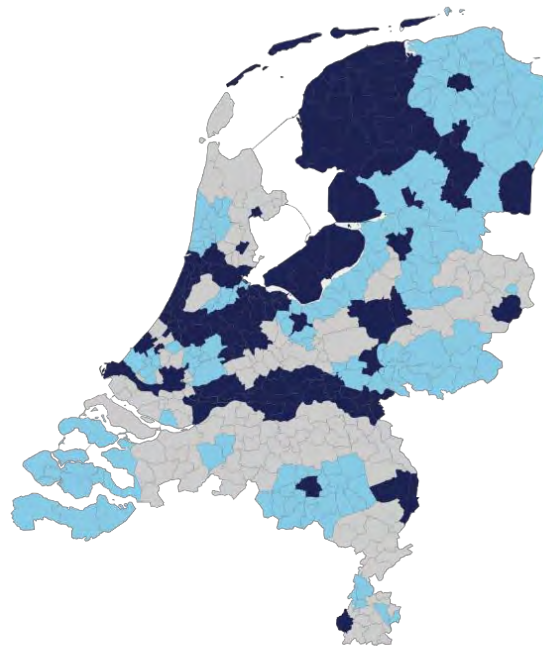
Samenwerkingsafspraken

- De samenwerkingsafspraken zijn meer algemeen en gaan over de intentie en intensiteit van samenwerken. Het betreft onder meer afspraken over gezamenlijk overleg (o.a. deelname aan regiotafels) en gezamenlijke speerpunten.

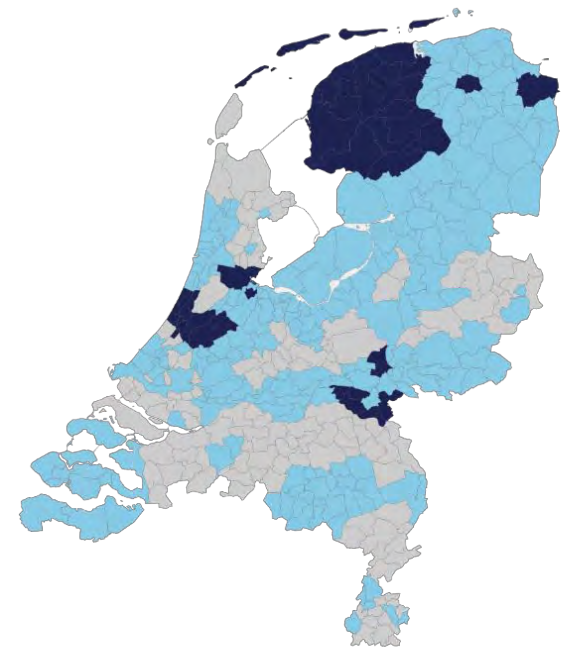
1. Ontwikkelproject – inhoudelijk



■ ontwikkelproject: ouderen
■ ontwikkelproject: overig

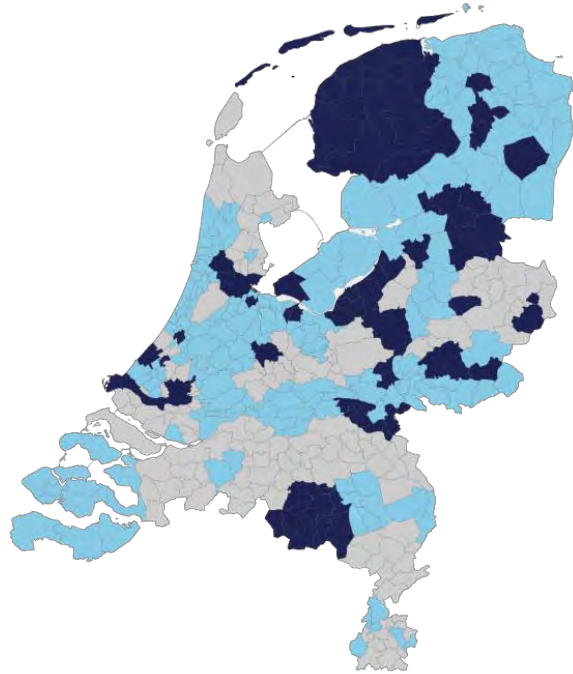


■ ontwikkelproject: GGZ
■ ontwikkelproject: overig

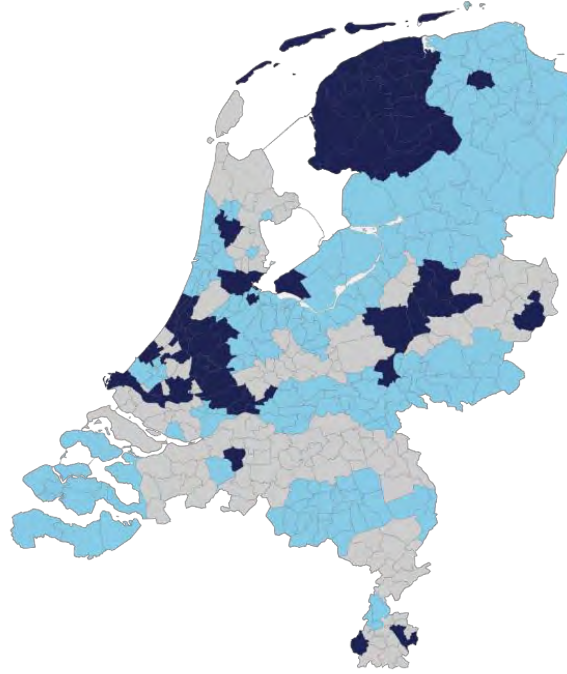


■ ontwikkelproject: jeugd 18-/18+
■ ontwikkelproject: overig

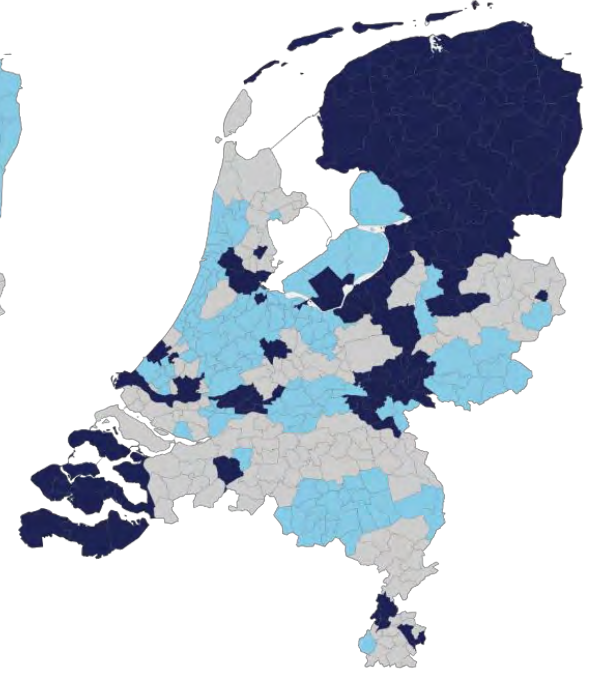
1. Ontwikkelproject – inhoudelijk



■ ontwikkelproject: ESW
■ ontwikkelproject: overig



■ ontwikkelproject: preventie
■ ontwikkelproject overig

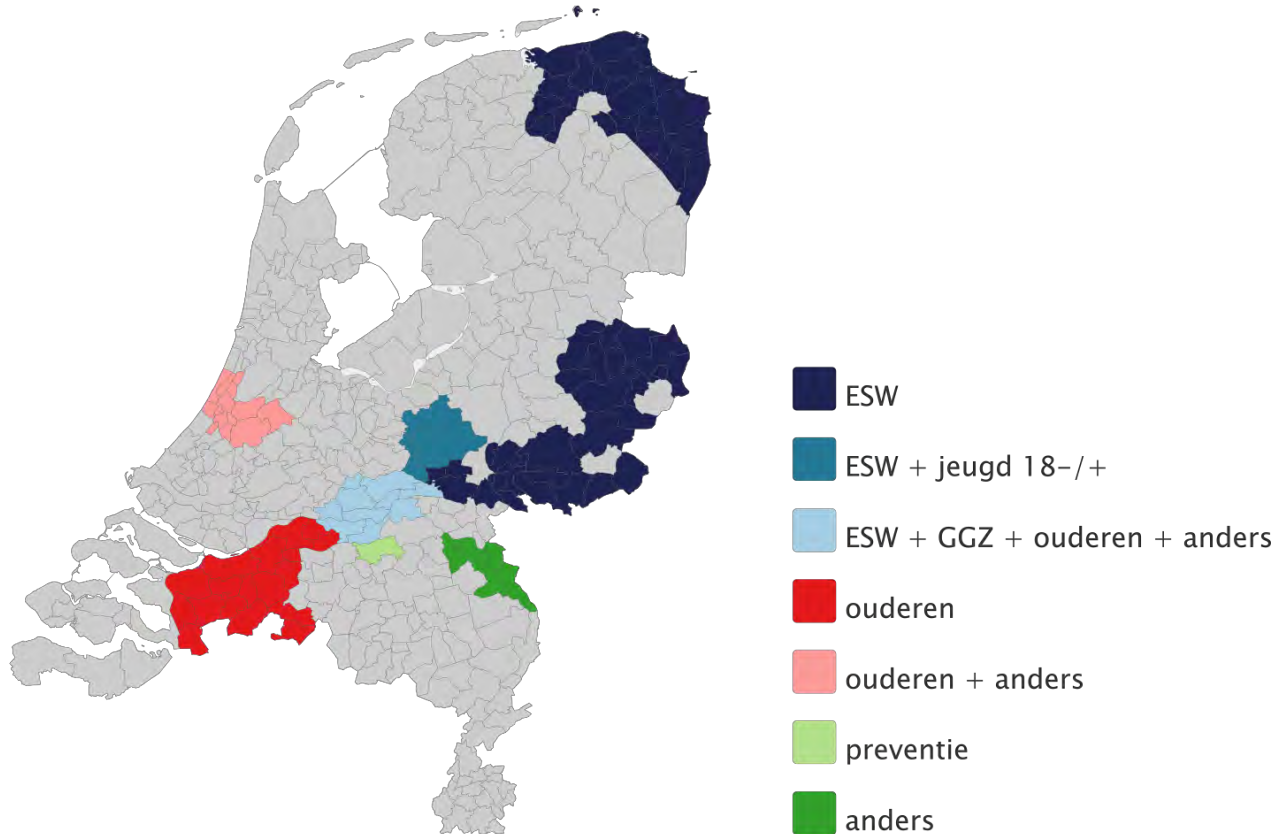


■ ontwikkelproject: 'anders'
■ ontwikkelproject: overig

1. Ontwikkelproject – inhoudelijk

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
De meeste ontwikkelprojecten zijn gericht op ouderen. Daarna GGZ, preventie en Effectief Samenwerken in de Wijk. Ten slotte Jeugd 18min/18plus.	De meeste projecten kennen dezelfde focus: <ul style="list-style-type: none">• Ouderen: eerder en beter hulp in de omgeving van de ouderen bieden (om zwaardere zorg te voorkomen, de mantelzorger te ontlasten, ouderen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen etc.).• GGZ: een sterke GGZ-keten tussen het sociale en medische domein.• Preventie: inzetten op de gezondheid van inwoners/verzekerden (meestal kinderen).• Effectief samenwerken in de Wijk: inzet op het investeren van lokale verbindingen tussen professionals in de wijk (zoals de huisarts, wijkteam, wijkverpleegkundige en poh).• Jeugd 18min/18plus: korte lijnen tussen zorgverzekeraar en gemeenten om te voorkomen dat jongeren rond 18 jaar tussen wal en schip vallen.
Er is een aantal ontwikkelprojecten gelabeld als 'anders'.	Dit betreft projecten die voor meerdere doelgroepen gelden (zoals het voorkomen van armoede en samenwerking op de grensvlakken van de Wlz).
De ontwikkelprojecten zijn verspreid over het land en de kernwerkgebieden van zorgverzekeraars.	Zorgverzekeraars en gemeenten ontwikkelen op veel verschillende plekken met elkaar.

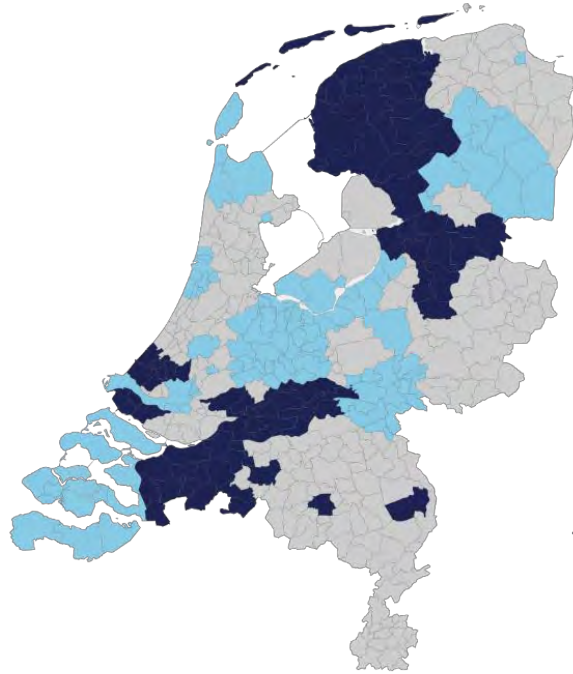
2. Doorontwikkelen – inhoudelijk



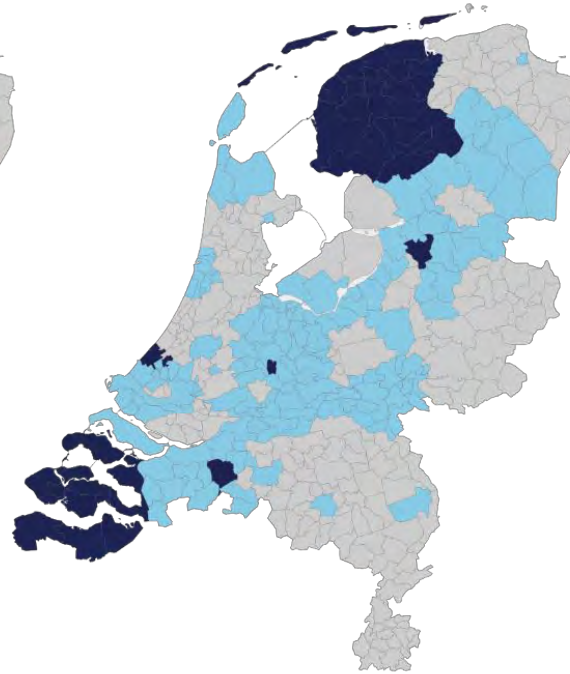
2. Doorontwikkelen - inhoudelijk

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
<p>Vergeleken met het aantal ontwikkelprojecten wordt er weinig doorontwikkeld.</p> <p>Uitzondering: het thema Effectief Samenwerken in de Wijk.</p>	<p>Een mogelijke verklaring is dat nog niet alle ontwikkelprojecten ver genoeg zijn ontwikkeld, om elders doorontwikkeld te kunnen worden. De komende periode is de verwachting dat meer projecten dit stadium bereiken. Daarbij vraagt het toepasbaar maken in andere gemeenten ('opschaalbaar maken') het nodige wat betreft het ontsluiten van de werkzame elementen en qua samenwerking met de andere gemeenten. Dit is een risico met het oog op opschaling.</p> <p>Waar werkwijzen in het primaire proces nog beperkt elders worden doorontwikkeld, is bij het thema Effectief Samenwerken in de Wijk is de S1-inkoop wel op veel plekken in het land doorontwikkeld tot inkoopmodules wijkgerichte zorg.</p>

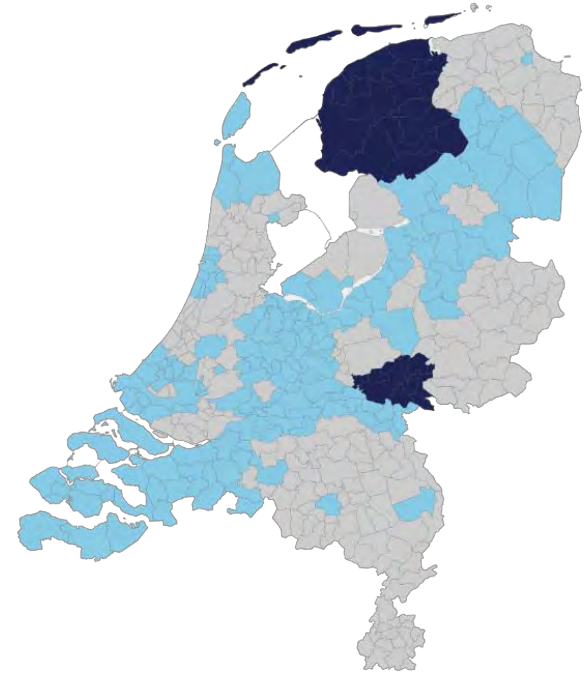
3. Implementeren – inhoudelijk



■ implementeren: ouderen
■ implementeren: overig

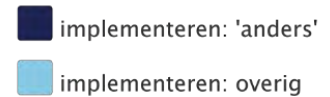
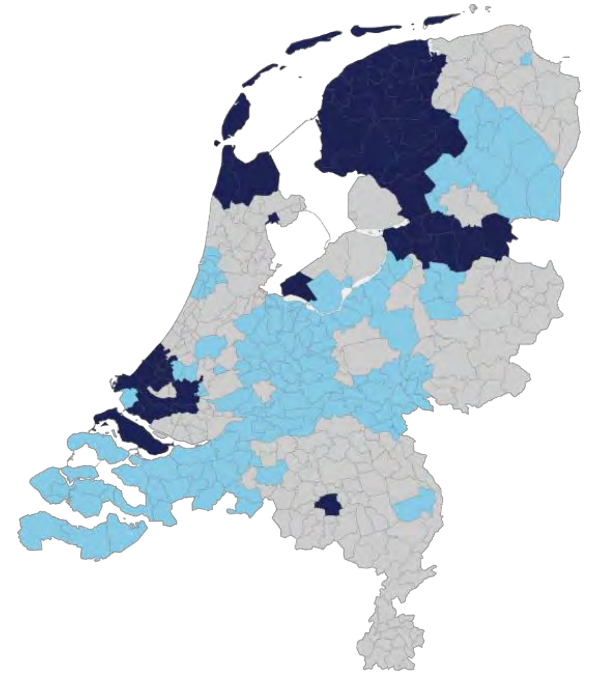
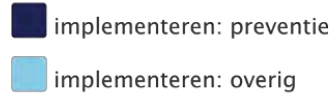
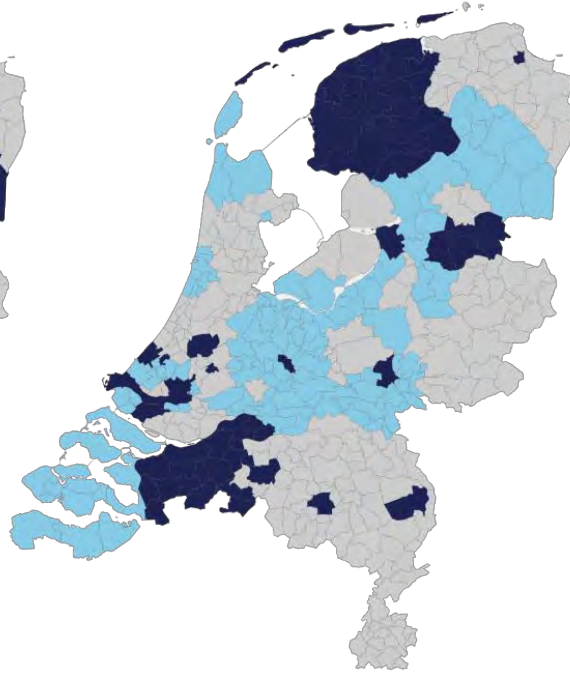
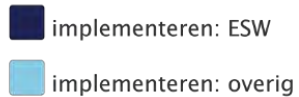
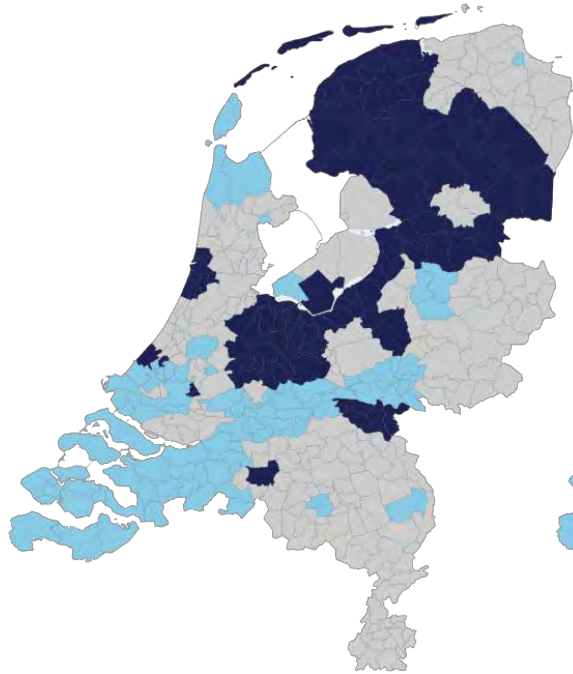


■ implementeren: GGZ
■ implementeren: overig



■ implementeren: jeugd 18-/18+
■ implementeren: overig

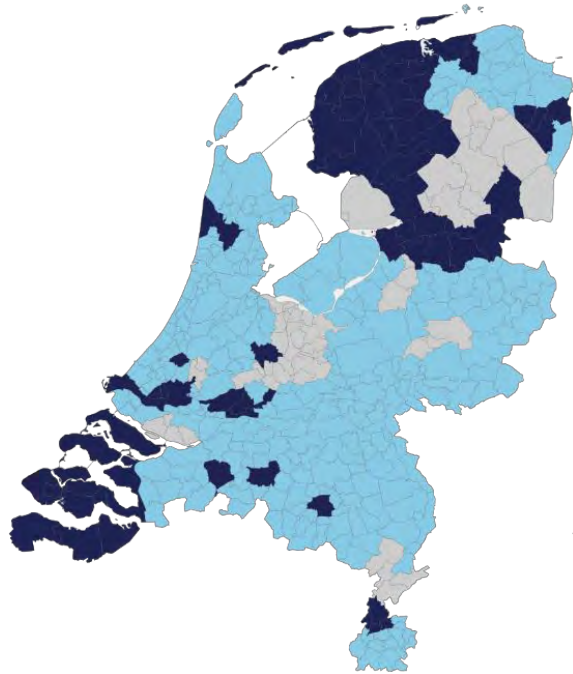
3. Implementeren – inhoudelijk



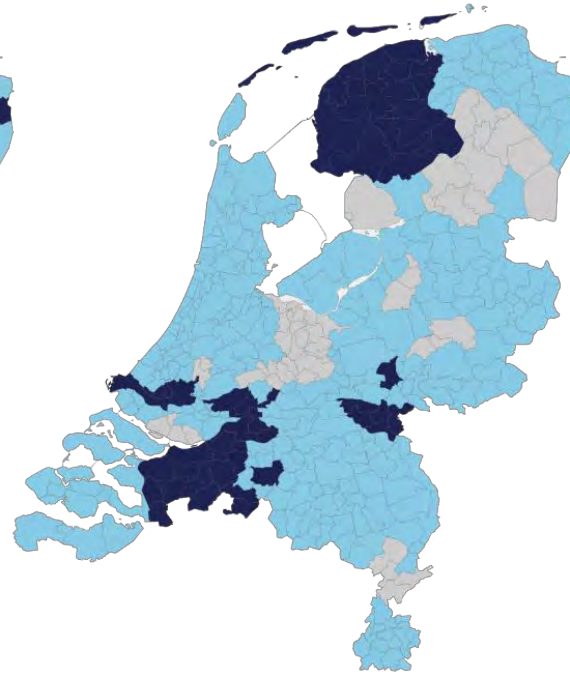
3. Implementeren – inhoudelijk

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
Zorgverzekeraars en gemeenten implementeren op een redelijk aantal plekken in het land.	Meestal gaat het om werkwijzen in het primaire proces. Soms zijn die elders door zorgverzekeraar en gemeenten ontwikkeld, maar vaak gaat het ook om al bestaande interventies (bijvoorbeeld op het gebied van valpreventie).
Het meeste wordt geïmplementeerd op de thema's ouderen en Effectief Samenwerken in de Wijk. Ook op preventie en algemeen (/anders') wordt het nodige geïmplementeerd. Op de thema's GGZ en Jeugd 18min/18plus is dit minder aan de orde.	Rond de doelgroep ouderen wordt ook het meeste samengewerkt. Mogelijk is een verklaring dat voor deze doelgroep meer interventies worden geïmplementeerd ook dat er rond deze doelgroep al langere tijd wordt samengewerkt, waardoor meer ontwikkelde interventies in een stadium zijn dat deze breder uitgerold kunnen worden. Bij Effectief Samenwerken in de Wijk gaat het bijna geheel om de inkoopmodule wijkgericht werken die Zilveren Kruis met gemeenten heeft geïmplementeerd. Bij preventie gaat het vaak om al langer bestaande (/bewezen) interventies. Bij 'algemeen' betreft het een andere doelgroep (bijvoorbeeld diabetici) of een interventie die voor verschillende doelgroepen toepasbaar is (zoals de Arrangementenmonitor van VGZ over aantallen en kosten op het gebied van de gemeenten en zorgverzekeraar).

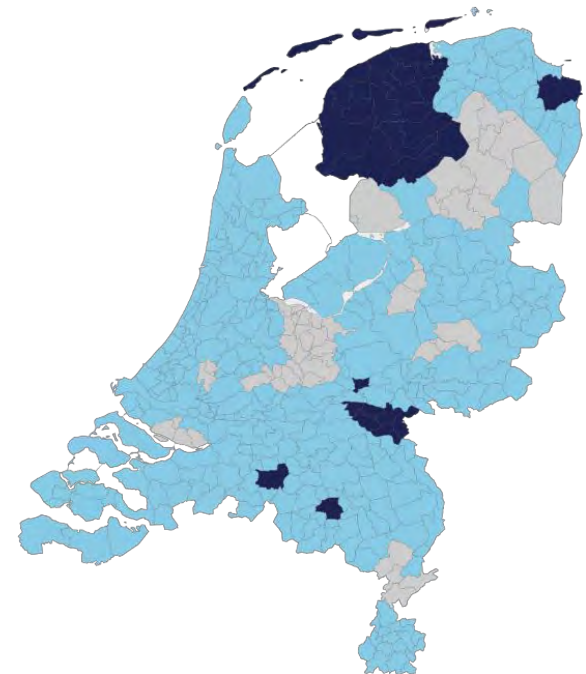
4. Samenwerkingsafspraken – inhoudelijk



■ samenwerkingsafspraken: ouderen
■ samenwerkingsafspraken: overig

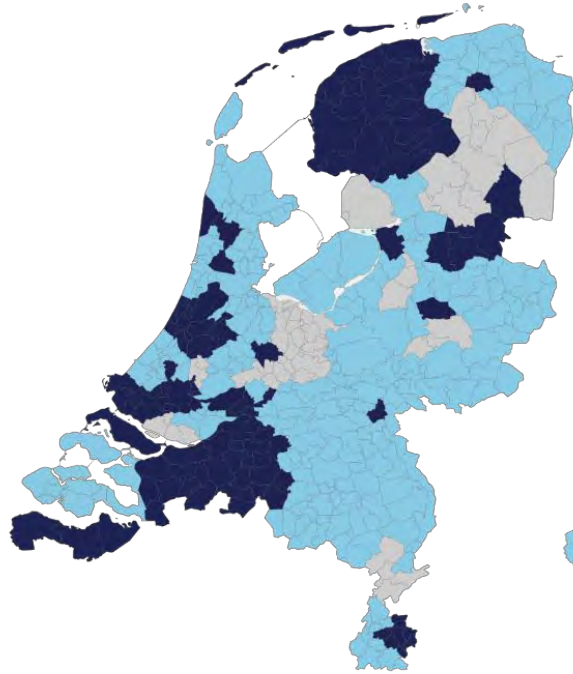


■ samenwerkingsafspraken: GGZ
■ samenwerkingsafspraken: overig

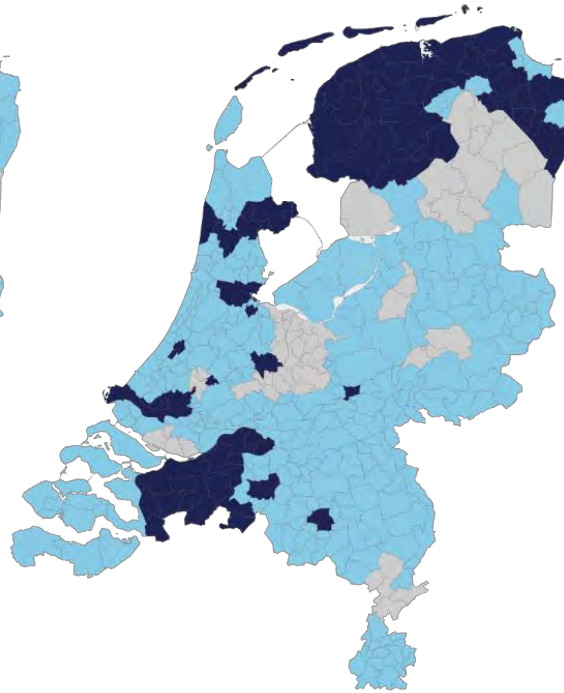


■ samenwerkingsafspraken: jeugd 18- /18+
■ samenwerkingsafspraken: overig

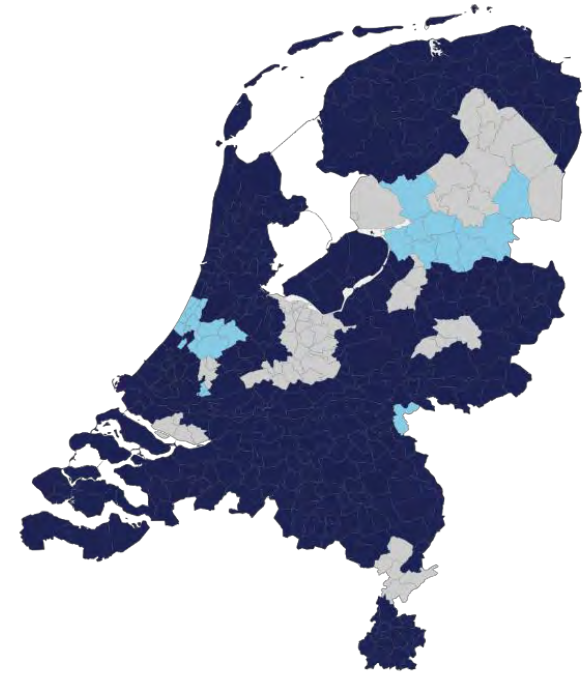
4. Samenwerkingsafspraken – inhoudelijk



■ samenwerkingsafspraken: preventie
■ samenwerkingsafspraken: overig



■ samenwerkingsafspraken: ESW
■ samenwerkingsafspraken: overig



■ samenwerkingsafspraken: 'anders'
■ samenwerkingsafspraken: overig

4. Samenwerkingsafspraken– inhoudelijk

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
<p>Op veel plekken in het land zijn er samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Meestal zijn die geassocieerd als 'anders'. In een enkel geval zijn er specifieke afspraken over een bepaalde doelgroep.</p>	<p>In bijna alle gevallen betreft het algemene samenwerkingsafspraken, meestal geborgd op bestuurlijk niveau middels een convenant. Vaak worden hier enkele gezamenlijke speerpunten in benoemd, soms voor specifieke doelgroepen. Daarnaast zijn er soms afspraken vastgelegd over de samenwerking op ambtelijk niveau. Bijvoorbeeld wanneer zorgverzekeraars aansluiten bij de Regiotafels.</p> <p>In een aantal gevallen zijn er aparte afspraken vastgelegd over de samenwerking rond een specifiek inhoudelijk thema. Bijvoorbeeld: de gezamenlijke financiering van een stichting die aan preventie gaat werken.</p>

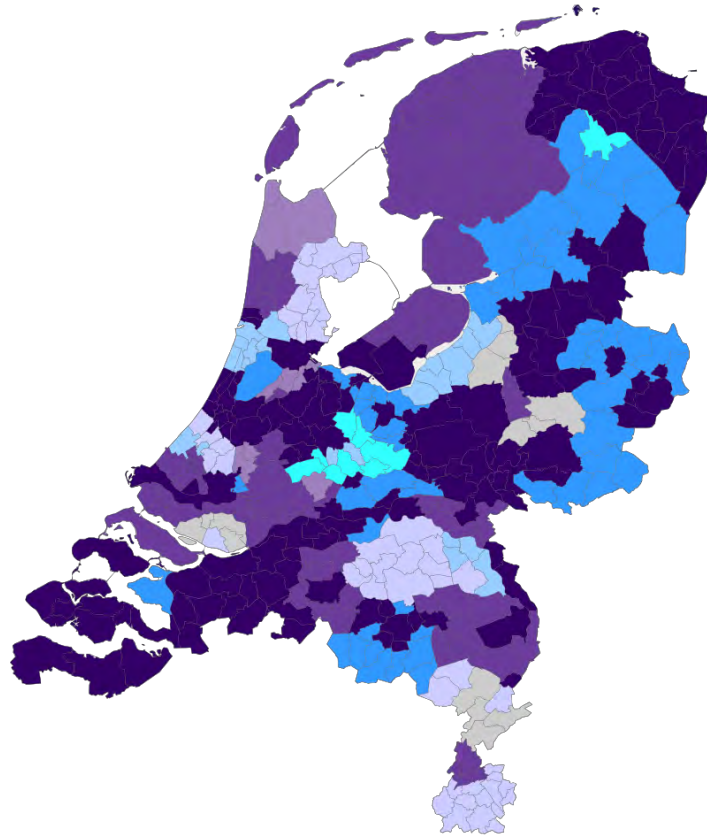
VI. De huidige samenwerking in kaart: geografisch

Bovenregionaal

Regionaal

Gemeente

1. Geografisch- totaal

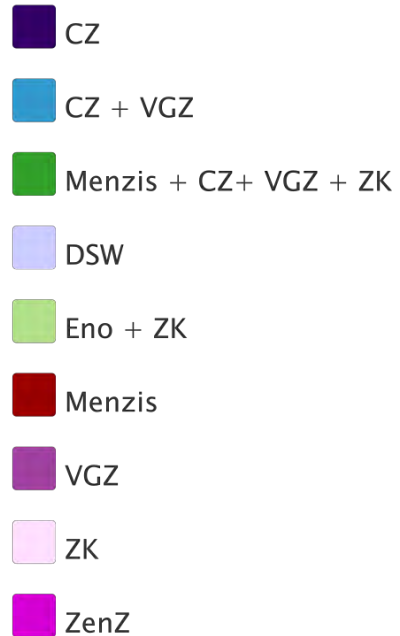
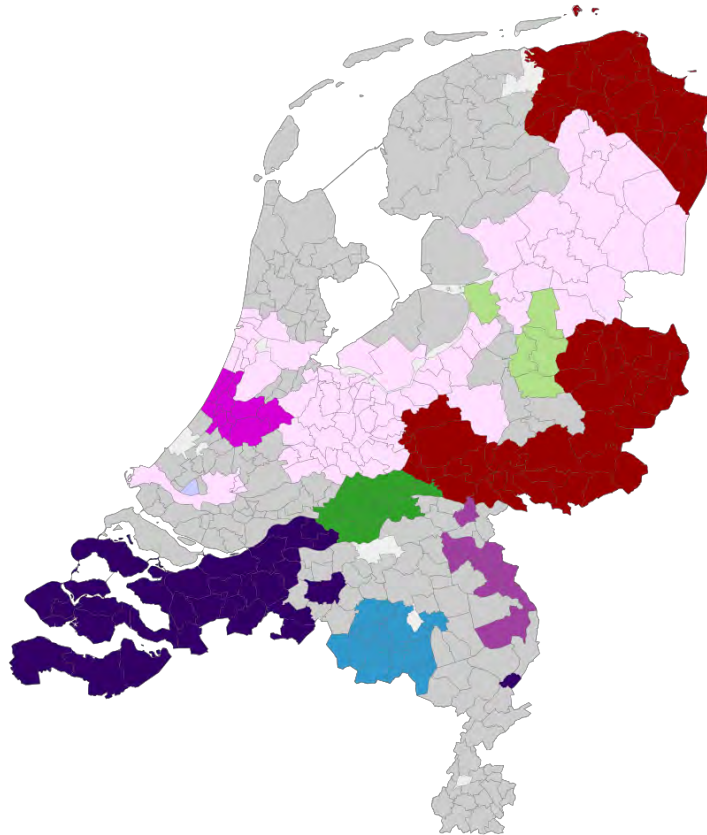


- bovenregionaal + regionaal + gemeenten
- bovenregionaal + regionaal
- bovenregionaal + gemeenten
- bovenregionaal
- regionaal + gemeenten
- regionaal
- gemeenten

1. Geografisch– totaal

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
In een aantal regio's werken zorgverzekeraars en gemeenten zowel bovenregionaal, regionaal als op gemeentelijk niveau met elkaar samen.	De meeste gemeenten (6 regio's) waar dit aan de orde is werken samen met Menzis via het bovenregionale samenwerkingsverband Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's. Zij ontwikkelen lokaal en rollen dit (boven)regionaal uit. Ook in enkele andere regio's werken gemeenten en zorgverzekeraars op alle drie de niveaus met elkaar samen. Soms betreft het verschillende zorgverzekeraars.
Binnen elke Wmo-regio wordt samengewerkt. Wel zijn er op gemeentelijk niveau enkele 'witte vlakken' in Nederland, waar een gemeente en zorgverzekeraar niet samenwerken.	De mate van samenwerking kent grote verschillen, maar bijna alle gemeenten in Nederland werken met zorgverzekeraars samen.
Het aantal regio's waar alleen op (boven)regionale schaal wordt samengewerkt is beperkt. Meestal vindt er dan ook samenwerking op gemeentelijk niveau plaats.	Er wordt het meeste samengewerkt om nieuwe werkwijzen te ontwikkelen voor het primaire proces. Dit gebeurt lokaal, op gemeentelijk niveau. Vaak wordt er daarnaast ook op regionaal niveau – en soms bovenregionaal niveau – samengewerkt.

2. Bovenregionaal



Let op!

Hier geeft de vlekkenkaart een beetje een vertekend beeld. CZ en regio Zeeland geven aan bovenregionaal met elkaar samen te werken, evenals CZ en regio Zuid-Limburg. Echter, de regio's Zeeland en Zuid-Limburg werken hierin *niet* met elkaar samen. Het betreft aparte projecten.

2. Bovenregionaal

Analyse samenwerkingskaart	Duiding samenwerkingskaart
<p>Zorgverzekeraars en gemeenten hebben zich in een aantal gevallen op bovenregionale schaal georganiseerd.</p>	<p>In sommige gevallen is hier een formele samenwerkingsstructuur voor opgericht (voorbeeld: Menzis en gemeenten hebben bovenregionale stuur-,project en werkgroepen).</p> <p>Soms vindt er bovenregionale samenwerking op een specifiek thema (zoals grensvlakkenvraagstukken Wmo, Zvw en Wlz met Zilveren Kruis) plaats.</p>

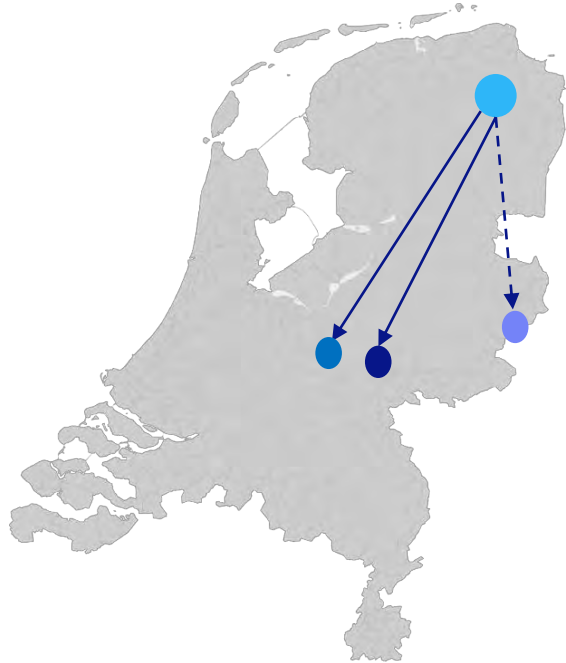
NB. Dit overzicht bevat nu alleen informatie over de grote 4 zorgverzekeraars. Het wordt nog aangevuld met informatie over de overige zorgverzekeraars.

VII. Samenwerkingsstrategieën (/ werkwijzen) van enkele zorgverzekeraars in kaart



Samenwerkingsstrategie Menzis

Zorgverzekeraar Menzis, gemeenten Arnhem, Enschede, Den Haag en Groningen en regio's Twente, Arnhem, Groningen, FoodValley en Achterhoek hebben gezamenlijk een werkagenda: *Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's* (www.werkagendamenzisgemeenten.nl). Voor een beperkt aantal thema's (GGZ, Effectief Samenwerken in de Wijk, ouderen, Jeugd 18min/18plus) zijn samenwerkingsprojecten binnen een aantal gemeenten gestart. Het streven is om instrumenten en werkwijzen te ontwikkelen die geborgd kunnen worden in beleid of inkoop zodat de 80 gemeenten in de kernwerkgebieden van Menzis hiervan kunnen leren en profiteren.

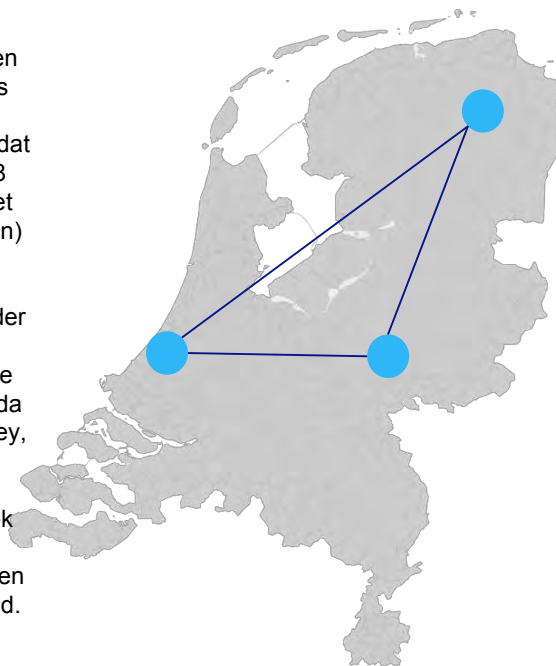


Jeugd 18min/18plus

In de gemeenten Groningen en Oldambt is samen met Menzis een methodiek en werkwijze ontwikkeld om te voorkomen dat jongeren die de leeftijd van 18 jaar bereiken (en daarmee niet meer onder de jeugdwet vallen) tussen wal en schip vallen.

Deze werkwijze wordt nu verder doorontwikkeld en geïmplementeerd in de andere gemeenten van de werkagenda waaronder de regio FoodValley, Arnhem en Enschede.

Daarnaast wordt de methodiek beschikbaar gesteld, via de website, aan alle gemeenten en zorgverzekeraars in Nederland.



GGZ

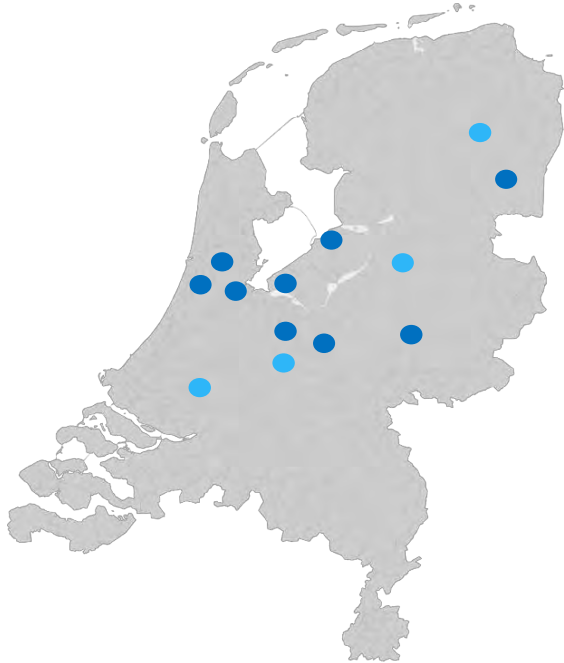
In drie gemeenten (Den Haag, Arnhem en Groningen) wordt samen met Menzis methodieken en werkwijzen ontwikkeld ten behoeve van effectieve hulp, ondersteuning en zorg aan de doelgroep met GGZ-problematiek (en hun netwerk).

Elk project heeft een eigen invalshoek en focus. Gezamenlijk (Menzis en betrokken experts van de drie gemeenten en zorgaanbieders) worden de resultaten besproken en worden de waardevolle elementen gedestilleerd.

Deze waardevolle elementen worden breed gedeeld en waar mogelijk geborgd in beleid en inkoop zodat meerdere gemeenten kunnen leren en profiteren.

Samenwerkingsstrategie Zilveren Kruis

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis heeft een basisaanpak voor de gemeenten in haar kernwerkgebied. In alle regio's vinden er (bestuurlijke) gesprekken plaats en wordt een aantal onderwerpen – waaronder wijkgericht werken (S1) – geagendeerd en geïmplementeerd. Zilveren Kruis kiest er voor om met een beperkt aantal gemeenten te ontwikkelen en daarna de uitkomsten van deze ontwikkeltrajecten te verbreden. Voorbeelden daarvan zijn onder meer thema's als EPA, grensvlakken Wmo, Zvw, WLZ, wijkgericht werken, ouderenzorg en obesitas waaraan gezamenlijk met een beperkt aantal gemeenten wordt ontwikkeld en daarna verbreed wordt naar enerzijds andere gemeenten en anderzijds aanbieders, cliënten, mantelzorgers (en waar nodig organisaties als het CIZ). Daarbij treedt verschuiving op van overzicht en inzicht naar impact. Er zijn drie gemeentestrategen die elk accounthouder is van een aantal gemeenten en regio's, dat valt binnen het kernwerkgebied van Zilveren Kruis. Met deze gemeenten en/of regio's zijn (bestuurlijke) afspraken gemaakt over samenwerkingsprojecten.

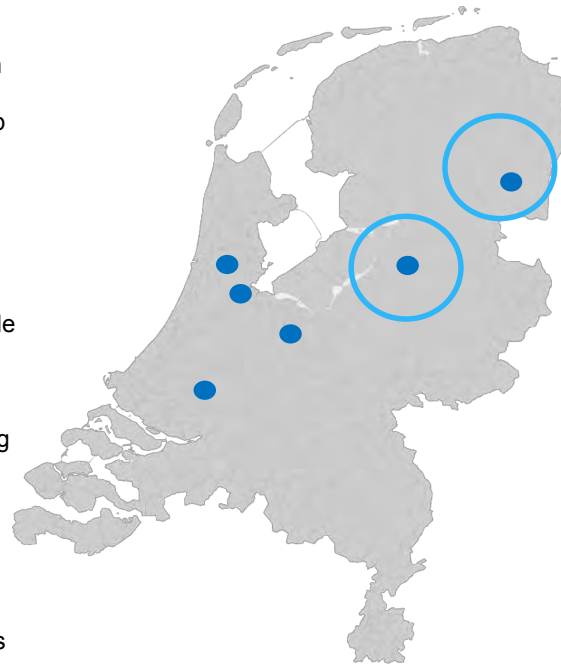


EPA taskforce

Zilveren Kruis ontwikkelt samen met gemeenten, professionals en cliënten een integrale aanpak gericht op herstel en burgerschap van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening.

In een aantal geselecteerde gemeenten – binnen de breedte van het kernwerkgebied – wordt gewerkt aan het versterken van de ambulante behandelketen (behandeling buiten zorginstellingen) en de samenhang tussen ondersteuning en begeleiding bij de mensen thuis.

In de EPA taskforce werken cliënten, professionals van gemeenten en Zilveren Kruis en aanbieders samen. De taskforces ontwikkelen zich in 3 fases: Van de start met de Vignettenstudie tot



Grensvlakken Wmo, Zvw, WLZ

In zes gemeenten/regio's worden samen met Zilveren Kruis de grensvlak vraagstukken tussen Wmo en Zvw en tussen Wmo, Zvw en WLZ besproken en oplossingen voor ontwikkeld.

In gesprek met wijkteams, wijkverpleging, mantelzorgers, cliënten, huisartsen, poh, zorgverzekeraar en gemeenten wordt verkend wat mogelijke oplossingsrichtingen zijn in de uitvoering, die uiteindelijk geborgd moeten worden op organisatieniveau in de inkoop en in beleid.

Hierdoor kunnen de 108 gemeenten uit het kernwerkgebied van Zilveren Kruis profiteren en leren van wat is ontwikkeld.

Samenwerkingsstrategie VGZ

VGZ is gestart met het afsluiten van samenwerkingsconvenanten met een aantal gemeenten en regio's, maar merkte naar verloop van tijd dat verdieping nodig was om ook echt gezamenlijk verandering te realiseren. Daarop heeft zij, in overleg met gemeenten en regio's, een beperkt aantal geografische leertuinen benoemd waarbinnen verschillende thema's op innovatieve wijze worden opgepakt om te komen tot Zinnige Zorg. Daarbij ligt niet alleen de focus op de samenwerking met gemeenten, maar bovenal ook de samenwerking met zorgaanbieders. De aanname is dat hier de verandering moet plaatsvinden en dat zorgverzekeraar en gemeente(n) daarbij faciliteren. De zorgaanbieder en zijn specifieke interventies is daarmee voor ons altijd het aangrijpingspunt. Voordat brede implementatie en borging plaatsvindt in het gehele kernwerkgebied van VGZ, wordt eerst aangetoond dat de initiatieven effectief zijn en ten goede komen aan de kwaliteit en lagere kosten van zorg. Op deze manier denken we daadwerkelijk significante impact te kunnen realiseren in de regio.

Leertuinen

Samen met zorgprofessionals in het veld heeft Coöperatie VGZ een aantal leertuinen ingericht. In deze praktijksituaties worden zorgprofessionals in staat gesteld om werkwijzen te ontwikkelen die beter zijn voor patiënten en de betaalbaarheid van zorg ten goede komen (Zinnige Zorg).

In de leertuinen is kwaliteit het uitgangspunt. Dit is bij uitstek het domein van artsen én hun patiënten. Zij bepalen samen wat kwaliteitszorg is. De goede voorbeelden die ontwikkeld worden in deze leertuinen worden nadat deze als opschaalbaar zijn gekarakteriseerd gedeeld zodat ook andere zorgaanbieders deze initiatieven kunnen overnemen en op maat voor hun instelling en regio kunnen inkleuren. We kiezen voor deze beheerste strategie om de impact van implementatie ook daadwerkelijk te kunnen realiseren in de vorm van aantoonbaar hogere kwaliteit tegen lagere kosten'.

Naast de leertuinen geldt in ons hele werkgebied dat we onze verantwoordelijkheid ten aanzien van de reguliere afstemming met Ethos en Felix graag stukken gepast oppakken.



Voorbeeld: Leertuin Drechtsteden

In de Alliantie hebben Drechtsteden, Drechtzorg en VGZ kennis, kunde en krachten gebundeld om zo gezamenlijk een leertuin Zorgvernieuwing te starten. Een leertuin waarin de partners innovaties en nieuwe interventies uitwerken en implementeren gericht op de thema's ouderen en ggz.

Voorbeeld: Leertuin Vincent van Gogh

Deze Leertuin heeft als doel de GGZ anders vorm te geven, kosten te verlagen en landelijk schaalbare innovaties te genereren. Gemeenten, VGZ en VvG slaan hun handen ineen in een vitale coalitie en dragen middels deze transitie bij aan de versterking van de mentale veerkracht in de regio

Samenwerkingsstrategie CZ

CZ maakt een onderscheid tussen gemeenten in haar kernwerkgebied, overige gemeenten en een aantal convenant partners. Voor alle gemeenten in Nederland wil CZ graag duidelijk beschikbaar hebben wat wij als zorgverzekeraar en zorgkantoor inkopen. Met gemeenten in het kernwerkgebied zit CZ in regio overleggen regelmatig aan tafel voor afstemming en om nadere afspraken te maken en worden zo nodig projecten ingericht rond overlappende thema's (m.n. preventie, GGZ en wijkgerichte zorg). Daarnaast is er een aantal specifieke gemeenten en regio's waar CZ langdurende convenanten mee vormgeeft, waar ook innovatieve trajecten worden opgezet en uitgevoerd.



Convenanten met concrete doelstellingen

Focus in de convenanten ligt op het samen doen, aan de slag in de praktijk en luisteren naar de professionals en inwoners.

Per gebied is er een beperkt aantal thema's geselecteerd waarop intensief en innovatief wordt ontwikkeld.

Voorbeelden van innovatieve projecten met convenant partners zijn:

- ontwikkeling, effectmeting en toepassing van zorg door **leefstijlcoaches**
- schuldsanering van multiprobleem gezinnen door CZ met financiering via een **Health Impact Bond**
- samenwerking tussen huisartsenpraktijk en toegangsteams Wmo via een **consulent die sociale vraagstukken** afvangt
- voor de doelgroep mensen met een ernstig psychiatrische aandoening worden de krachten van **FACT team en wijkteam gebundeld** om personen te laten stijgen op de participatieladder

Bijlage. Toelichting gezamenlijke ordeningsprincipes



Aanpak – de gezamenlijke ordeningsprincipes

1. Inhoudelijk

Vorm	Toelichting
Preventie	Gezamenlijk belang bij het gezond houden van burgers en het voorkomen van (zwaardere)zorgvragen. Door samen te werken (en eventueel te investeren) in onder meer vroegsignalering, mantelzorgondersteuning, gezondheidsvaardigheden, leefstijl en/of zelfzorg kan de inzet van duurdere vormen van zorg verminderd worden.
GGZ	De zorg voor mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid verandert. De intramurale capaciteit neemt af en er ontstaat meer vraag naar gespecialiseerde GGZ-zorg in de wijk. Nieuwe visies vragen om meer aandacht voor herstel in de eigen omgeving en een grotere betrokkenheid van het eigen netwerk. Dit vraagt ook om nieuwe en stevige verbindingen tussen het medische en sociale domein.
Ouderen	De groep ouderen groeit. Mensen blijven langer zelfstandig thuis wonen en krijgen steeds meer zorg thuis. Zorgverzekeraars en gemeenten werken onder meer samen aan een goede basisondersteuning in de gemeente: geschikte huisvesting, afstemming tussen lijf gebonden zorg (wijkverpleging) en sociale ondersteuning en hulp, extramuraal behandeling en begeleiding en ondersteuning van bijvoorbeeld mantelzorgers.
Effectief Samenwerken in de Wijk	Goede samenwerking tussen onder andere het eigen netwerk van de bewoner en professionals uit het sociale en medische domein, die werken in de leefomgeving van de bewoner.
Jeugd 18-/18+	De jeugdhulp is het domein van de geworden, maar kent nog enkele grensvlakken met het medisch domein van de zorgverzekeraars. Welke keuzes hebben invloed op de GGZ-zorgvraag en de zorgbehoefte, ook nadat jeugdigen 18 jaar worden? Zowel gemeenten als verzekeraars hebben te maken met afstemmings- en substitutievraagstukken tussen de Wet op de jeugdhulp, Zvw, Wmo en de Wet langdurige zorg.
Anders, nl	Bijvoorbeeld: minima, algemeen

Aanpak – de gezamenlijke ordeningsprincipes

2. Instrumenteel

Vorm	Toelichting
Werkwijze (primair proces)	Gemeenten en zorgverzekeraar werken samen met professionals in de lokale omgeving aan een nieuwe werkwijze, zoals bijvoorbeeld samenwerkingsmethode tussen wijkteams en FACT-teams of tussen huisarts, wijkteam en wijkverpleging; of afspraken over hoe wijkteam en wijkverpleging omgaan met een aantal grensvlakvraagstukken.
Beleid	Gemeenten en zorgverzekeraars formuleren een aantal gezamenlijke kaders die richtinggevend zijn voor beleid en waarbinnen zij afspraken maken met aanbieders en professionals
Inkoop	Gemeenten en zorgverzekeraars verankeren hun afspraken in een inkoopkader of module. Soms gezamenlijk. Soms volgens dezelfde principes, maar dan afzonderlijk
Collectieve zorg minima (contract)	Bijna driekwart van de gemeenten sluit een collectieve verzekering minima (minimapolis/contract) af voor mensen met een laag inkomen. In sommige gevallen maken gemeenten en zorgverzekeraars aanvullende afspraken in de propositie ten aanzien van projecten en voorzieningen voor kwetsbare mensen met hoge zorgkosten.
Samenwerkingsdocument	Samenwerkingsafspraken worden voor een langere termijn vastgelegd in een document (bijv. convenant, manifest, etc) waarin gemeenten en zorgverzekeraar hun samenwerkingsafspraken vastleggen en de onderlinge afspraken.

Aanpak – de gezamenlijke ordeningsprincipes

3. Samenwerkingsvorm (intensiteit)

Vorm	Toelichting	Intensiteit gemeente	Intensiteit zorgverzekeraar
Ontwikkelpject	Project met een vernieuwend karakter. Waarin zorgverzekeraar en gemeente(n) gezamenlijk – soms samen met aanbieders en professionals – gericht ontwikkelen op een specifiek thema. Vaak een onderwerp op het grensvlak tussen Wmo en Zvw met als doel om op te schalen naar andere gemeenten, regio's, zorgverzekeraars.	+++	+++
Doorontwikkelen	Project dat reeds elders is ontwikkeld en door de zorgverzekeraar met een (beperkt) aantal gemeenten wordt doorontwikkeld zodat het (a) toepasbaar is in meerdere gemeenten of de eigen gemeente en/of (b) beter opgeschaald kan worden naar meerdere gemeenten.	++	++
Implementatie	Project dat al is ontwikkeld, dat (voor het overgrote deel) wordt overgenomen door de gemeente en toegepast in de eigen situatie.	++	+
Samenwerkingsafspraken	Geen concrete projecten maar samenwerkingsafspraken in de vorm van een convenant of een gezamenlijke agenda. De gemeente(n) en zorgverzekeraar weten waarvoor ze een beroep op elkaar kunnen doen.	+	+

Aanpak – de gezamenlijke ordeningsprincipes

4. Geografisch

Vorm	Toelichting
Gemeentelijk	Samenwerking op gemeentelijk niveau (eventueel met meerdere individuele gemeenten binnen een Wmo-regio).
Regionaal	Samenwerking met alle gemeenten, binnen de Wmo-regio.
Bovenregionaal	Samenwerking tussen meerdere gemeenten in meerdere Wmo-regio's.