Andersson Elffers Felix



Regionale samenwerking Hervorming Langdurige Zorg

Eindrapport

Andersson Elffers Felix Maliebaan 16 | postbus 85198 | 3508 AD Utrecht | telefoon 030 236 3030 | telefax 030 236 3070 | kvk 30096560 | mail@aef.nl

Datum
17 juli 2015

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Contact
Jasper Sterrenburg (j.sterrenburg@aef.nl)
Lieke Bruinooge (l.bruinooge@aef.nl)

Referentie
GV306/eindrapport regionale samenwerking hlz

Andersson Elffers Felix
030-2363030
www.aef.nl

Inhoud

Samenvatting 4

1 Inleiding 7
1.1 Achtergrond 7
1.2 Landelijke werkafspraken HLZ 7
1.3 Niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg 8
1.4 Ondersteuning regionale samenwerking HLZ 9
1.5 Verantwoording en leeswijzer 10

2 Regionale samenwerking HLZ 11
2.1 Inleiding 11
2.2 Samenwerking tussen gemeenten 11
2.3 Samenwerking gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten 12
2.4 Observaties regionale samenwerking HLZ 13

3 HLZ Transitietafel 16
3.1 Inleiding 16
3.2 Regionaal overleg over de landelijke werkafspraken HLZ 16
3.3 Thema's HLZ Transitietafel 17
3.4 Observaties HLZ Transitietafel 18

4 HLZ Werkagenda 20
4.1 Inleiding 20
4.2 Beschikbaarheid HLZ Werkagenda 20
4.3 Thema's HLZ Werkagenda 21
4.4 Observaties HLZ Werkagenda 21

5 HLZ-regiosecretaris 23
5.1 Inleiding 23
5.2 Meerwaarde HLZ-regiosecretaris 23
5.3 Borging werkzaamheden HLZ-regiosecretaris 24
5.4 Observaties HLZ-regiosecretaris 24

6 Conclusies en beschouwing 26
6.1 Inleiding 26
6.2 Tot stand komen regionale samenwerking HLZ 26
6.3 Resultaten regionale samenwerking HLZ en HLZ Transitietafel 27
6.4 Toekomst regionale samenwerking HLZ 28
6.5 Resultaten ondersteuning regionale samenwerking HLZ 29
6.6 Tot slot 29

Bijlage – Overzicht HLZ-regio's 31

Samenvatting

Inleiding

In maart 2014 hebben NPCF, Ieder(in), Landelijk Platform GGZ, VNG, Zorgverzekeraars Nederland, Actiz, VGN, BTN, GGZ Nederland, Federatie Opvang, V&VN en de staatssecretaris van VWS werkafspraken over de hervorming langdurige zorg (HLZ) gemaakt. Doel van deze afspraken is de veranderingen in de langdurige zorg zoveel mogelijk voorspelbaar, beheersbaar en zorgvuldig te laten verlopen. In de werkafspraken zijn thema's – scharnierpunten – genoemd die in regioverband worden besproken en waarover partijen informatie delen. In voorliggend rapport wordt de actuele (juni 2015) stand van zaken van de regionale samenwerking op het gebied van de landelijke werkafspraken HLZ beschreven. Samenwerking betekent in dit rapport dat gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, cliënten(organisaties) en andere belanghebbenden met elkaar in overleg gaan over de vraag in hoeverre de zes scharnierpunten een rol spelen in de regio. Onderdeel van dit gesprek is hoe men hier gezamenlijk de komende tijd mee aan de slag wil.

Regionale samenwerking HLZ

Momenteel werken in circa drie kwart van de regio's gemeenten onderling samen op het gebied van de landelijke werkafspraken HLZ, in het overige kwart is dit gedeeltelijk. In bijna al deze regio's is een overlegstructuur ontworpen en bestuurlijk afgestemd, maar is de invulling daarvan nog niet of nauwelijks van de grond gekomen. In circa twee derde van de regio's werken gemeenten en zorgverzekeraars samen rond de landelijke werkafspraken HLZ. In iets meer dan de helft van de regio's zijn ook zorgaanbieders hierbij betrokken en in bijna de helft van de regio's geldt dit ook voor cliënten(organisaties).

In het rapport zijn de volgende observaties over regionale samenwerking HLZ uitgewerkt:

- Landelijke werkafspraken HLZ hebben in veel regio's de samenwerking tussen gemeenten onderling en tussen gemeenten en zorgverzekeraar een impuls gegeven.
- Deze samenwerking komt vooral van de grond waar samenwerking tussen gemeenten onderling op andere terreinen al langere tijd bestaat.
- Samenwerking tussen gemeenten onderling en tussen gemeenten en zorgverzekeraar rond de landelijke werkafspraken HLZ stond het afgelopen jaar bij de meeste gemeenten niet hoog in de prioriteiten. Veel aandacht van gemeenten ging weliswaar uit naar onderwerpen die raken aan het scharnierpunt 'continuïteit van zorg en ondersteuning', al zou dit zonder het bestaan van dit scharnierpunt ook zijn gebeurd.
- Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar bleek in veel regio's ingewikkelder dan van tevoren gedacht.
- Betrokkenheid van zorgaanbieders, cliënten(organisaties) en overige partners bij de regionale samenwerking rond de landelijke werkafspraken HLZ komt in de meeste regio's nu pas op gang.
- Er bestaat spanning tussen het lokale karakter van de Wmo en het regionale karakter van de werkafspraken HLZ waarbij ook de zorgverzekeraars betrokken zijn.
- Regionale samenwerking HLZ is in ongeveer een kwart van de regio's broos.

HLZ Transitietafel

Met de HLZ Transitietafel wordt bedoeld: een structureel overleg tussen belanghebbende partners waarbij onder andere (een deel van) de scharnierpunten uit de landelijke werkafspraken HLZ is geagendeerd.

In circa driekwart van de regio's is op dit moment sprake van een overleg waarbij gemeenten in regioverband spreken over thema's die samenhangen met de landelijke werkafspraken HLZ. In circa twee derde van het totale aantal regio's zijn zorgverzekeraars bij dit overleg betrokken en in ongeveer de helft van de regio's geldt dit ook voor overige partners waaronder zorgaanbieders en cliënten.

In het rapport zijn de volgende observaties over de HLZ Transitietafel uitgewerkt:

- De HLZ Transitietafel is in veel regio's een belangrijk middel geweest om het overleg tussen gemeenten, zorgverzekeraar en andere partners op gang te brengen.
- Naast de scharnierpunten worden bij de HLZ Transitietafel ook allerlei andere thema's geagendeerd.
- Zorgvernieuwing is het belangrijkste thema dat voor de komende maanden is geagendeerd.
- In ongeveer de helft van de regio's is met zekerheid te zeggen dat de HLZ Transitietafel de komende maanden wordt voortgezet.

HLZ Werkagenda

Onder HLZ Werkagenda wordt in deze rapportage verstaan: een document waarin de consequenties van de landelijke werkafspraken HLZ voor de regio zijn uitgewerkt. Ongeveer twee derde van de regio's geeft aan over enige vorm van een HLZ Werkagenda te beschikken. In een derde van de regio's is (nog) geen HLZ Werkagenda beschikbaar. In het grootste deel van deze regio's is de HLZ Werkagenda (in concept) gereed, maar nog niet bestuurlijk vastgesteld.

In het rapport zijn de volgende observaties over de HLZ Werkagenda uitgewerkt:

- In de meeste regio's is de HLZ Werkagenda tot stand gekomen op basis van input van gemeenten en zorgverzekeraars.
- De meeste HLZ Werkagenda's bestaan uit een jaarplanning waarin onderscheid wordt gemaakt tussen korte- en lange termijn doelen.
- De regio's die een HLZ Werkagenda hebben, verwachten in de tweede helft 2015 vaart te kunnen maken met de uitvoering ervan.
- In ongeveer een kwart van de regio's is niet met zekerheid te zeggen of de HLZ Werkagenda ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

HLZ-regiosecretaris

In mei 2014 hebben alle regio's van VWS, VNG en ZN het aanbod gekregen om een vergoeding voor de ondersteuning bij de regionale samenwerking HLZ aan te vragen. Op één regio na, hebben alle HLZ-regio's hiervan gebruik gemaakt. De ondersteuning bestond uit een zogenaamde HLZ-regiosecretaris die is ingezet om de overleggen tussen gemeenten en zorgverzekeraars rond de inkoop van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en de HLZ-Transitietafel te faciliteren.

Volgens het overgrote deel van de regionale (gemeentelijke) contactpersonen Wmo en contactpersonen van de zorgverzekeraars heeft de aanwezigheid van een HLZ-regiosecretaris het afgelopen jaar merkbaar bijgedragen aan de doelen die van tevoren waren beoogd. De onafhankelijke positionering van de HLZ-regiosecretaris is de belangrijkste verklaring hiervan.

In het rapport zijn de volgende observaties over de HLZ-regiosecretaris uitgewerkt:

- De HLZ-regiosecretaris was het afgelopen jaar in de meeste regio's een belangrijke aanjager van de HLZ Transitietafels.

- In ongeveer de helft van de regio's heeft de HLZ-regiosecretaris de structuur neergezet, nu komt het aan op het daadwerkelijk benutten ervan.
- Doordat in bijna alle regio's een medewerker van de centrumgemeente de werkzaamheden van de HLZ-regiosecretaris gaat overnemen, is het een aandachtspunt dat ook de kleinere regiogemeenten betrokken blijven. Dit geldt ook voor de betrokkenheid van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere partners.

Aandachtspunten

In iets meer dan een jaar is het beeld dat kan worden geschetst over de regionale samenwerking HLZ flink veranderd. In alle regio's is de wijkverpleging op tijd ingekocht. In bijna alle regio's is een inventarisatie gemaakt van de belangrijkste vraagstukken op het gebied van HLZ. In meer dan de helft van de regio's is er een HLZ Transitietafel. En in meer dan de helft van de regio's ligt er een vastgestelde HLZ Werkagenda waarin de bespreekpunten en ambities voor de komende tijd staan beschreven.

Met het oog op de toekomst, zijn in het rapport de volgende aandachtspunten uitgewerkt:

- *Representatie.* Is het voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere partijen mogelijk en zijn zij bereid om bij een toenemend aantal (sub-)regionale of gemeentelijke overlegtafels aan te schuiven?
- *Betrokkenheid kleine gemeenten.* Als geen sprake is van regionale samenwerking, blijven kleinere gemeenten dan voldoende aangehaakt en voldoende aan tafel over de landelijke werkafspraken HLZ?
- *Verschillende belangen*. Het is en blijft een uitdaging om vanuit de verschillende belangen van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, cliënten(organisaties) en andere partners op constructieve wijze in gesprek te gaan en te blijven over de landelijke werkafspraken HLZ.
- *Borging werkzaamheden HLZ-regiosecretaris*. Deze werkzaamheden zijn vanaf 30 juni 2015 bijna overal door een medewerker van één van de gemeenten – veelal de centrumgemeente – overgenomen. Dit is in bijna de helft van de regio's niet afgestemd met de zorgverzekeraars.
- *Samenwerking broos*. In het kwart van de regio's waar de samenwerking nog pril is en de opgebouwde structuur broos, kunnen de verschillende belangen die opspelen bij de uitvoering van de HLZ Werkagenda de samenwerking onder druk zetten.
- *Vernieuwingskracht*. De samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het gebied van zorgvernieuwing wordt nu pas handen en voeten gegeven. Uit veel regio's komen signalen dat de vernieuwingskracht van zorgaanbieders achterblijft.
- *Focuslijst*. Met name voor regio's waar de samenwerking rond de landelijke werkafspraken HLZ onvoldoende van de grond komt, kan het zinvol zijn om op landelijk niveau richting te geven door een concretisering en actualisering van de landelijke werkafspraken HLZ. Hierbij wordt door de landelijke partijen uitgewerkt *wat* ten minste in de regio's moet worden besproken, om vervolgens het *hoe* over te laten aan de samenwerkende partijen in de regio's.
- *Platform en uitwisseling*. Het is belangrijk dat alle landelijke partijen elkaar tot eind 2016 – de looptijd van de landelijke werkafspraken HLZ – in de Cockpit HLZ blijven ontmoeten om de uitvoering van de landelijke werkafspraken HLZ en eventuele knelpunten die zich hierbij voordoen, te bespreken. Met het oog hierop verdient het ook aanbeveling om vanuit de landelijke partijen het contact met het netwerk van regionale contactpersonen HLZ te onderhouden.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Dit rapport beschrijft de actuele (juni 2015) stand van zaken van de regionale samenwerking op het gebied van de landelijke werkafspraken hervorming langdurige zorg (HLZ). Hierbij gaat het om de samenwerking in een regio tussen gemeenten, zorgverzekeraars[1], zorgaanbieders, cliënten(organisaties) en andere belanghebbenden.

Het rapport is de afronding van het Ondersteuningsprogramma regionale samenwerking HLZ dat in de periode maart 2014 – juni 2015 in opdracht van het ministerie van VWS, de VNG en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) actief was. Naast een beschrijving van de actuele situatie wordt in het rapport ook ingegaan op de belangrijkste opgaven in de regio's voor de komende tijd.

1.2 Landelijke werkafspraken HLZ

"De hervorming van de langdurige zorg is een complexe operatie, waarbij tussen partijen grote onderlinge afhankelijkheden bestaan. Vanuit dit gegeven en het besef dat de veranderingen zich – op lokaal niveau – deels nu reeds voltrekken, achten genoemde partijen het noodzakelijk om landelijk werkafspraken te maken voor de periode van heden tot en met 2016."

Deze tekst staat bovenaan de Werkafspraken transitie Hervorming Langdurige Zorg die door NPCF, Ieder(in), Landelijk Platform GGZ, VNG, Zorgverzekeraars Nederland, Actiz, VGN, BTN, GGZ Nederland, Federatie Opvang, V&VN en de staatssecretaris van VWS in het voorjaar van 2014 zijn gemaakt[2]. Het doel van deze afspraken is de veranderingen in de langdurige zorg zoveel mogelijk voorspelbaar, beheersbaar en zorgvuldig te laten verlopen zodat:

1. de continuïteit van ondersteuning en zorg – binnen de wettelijke kaders – wordt geborgd en negatieve gevolgen voor burgers zoveel mogelijk worden beperkt;
2. de frictiekosten worden beperkt;
3. de zorgvernieuwing verder wordt gestimuleerd.

De hierboven genoemde partijen bespreken periodiek – in de landelijke Cockpit HLZ – de voortgang van de landelijke werkafspraken HLZ. Eventuele knelpunten en aandachtspunten worden in dit overleg met elkaar verkend en besproken met als doel om de bespreking van de landelijke werkafspraken HLZ in de regio's zo goed mogelijk te laten verlopen.

[1] Bij de regionale samenwerking HLZ zijn zorgverzekeraars – als uitvoerders van de Zorgverzekeringswet – en zorgkantoren – als uitvoerders van de Wet langdurige zorg – betrokken. Voor de leesbaarheid is dit onderscheid in het rapport niet voortdurend aangegeven en wordt structureel van zorgverzekeraars gesproken.

[2] Zie: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/convenanten/2014/03/28/werkafspraken-transitie-hervorming-langdurige-zorg-een-gezamenlijk-management-van-de-veranderingen.html

In de landelijke werkafspraken HLZ zijn zes vraagstukken geïdentificeerd die domein overstijgend zijn en waarover partijen lokaal en regionaal in overleg gaan, respectievelijk landelijke partijen initiatief nemen. Daarbij gaat het om continuïteit van zorg en ondersteuning, een verantwoorde verschuiving op de arbeidsmarkt, herstructurering van het vastgoed, voorkomen van administratieve lasten, zorgdragen voor een adequate informatievoorziening en het stimuleren van zorgvernieuwing. In de Kamerbrief over de landelijke werkafspraken HLZ benadrukt de staatssecretaris van VWS het belang om genoemde thema's regionaal op te pakken[3]. Volgens hem is dat niveau in wezen het "scharnierpunt" tussen het lokale en het landelijke.

Voor het vervolg van dit rapport is het belangrijk om de context van de landelijke werkafspraken HLZ scherp te hebben:

- In de landelijke werkafspraken HLZ zijn thema's – scharnierpunten – genoemd die op lokaal niveau worden *besproken* en waarover partijen *informatie delen*. Het is geen voorwaarde dat tussen partijen allerlei afspraken worden gemaakt.
- De landelijke werkafspraken HLZ worden op regionaal niveau besproken. Er is geen landelijk opgelegde regio-indeling, deze indeling ontstaat vanuit gemeenten. Waar in dit rapport wordt gesproken van regio of regionaal, wordt bedoeld: de geografische gebieden waarin de landelijke werkafspraken HLZ worden besproken – zie bijlage voor deze gebieden.
- Betrokken partijen gaan met elkaar in overleg over de vraag in hoeverre de zes scharnierpunten een rol spelen in de regio. Onderdeel van dit gesprek is hoe men hier gezamenlijk de komende tijd mee aan de slag wil.
- De landelijke werkafspraken HLZ hebben een looptijd van maart 2014 tot en met 2016.

1.3 Niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg

Naast het bespreekbaar maken van de vraagstukken uit de landelijke werkafspraken HLZ, stonden gemeenten begin vorig jaar ook voor de opgave om afspraken te maken met zorgverzekeraars over de inkoop van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Op basis van de met de gemeenten in regioverband gemaakte afspraken hebben zorgverzekeraars eind 2014 de niet-toewijsbare zorg voor 2015 per regio ingekocht. Ten behoeve hiervan was het belangrijk dat zorgverzekeraars en gemeenten afspraken maakten over de criteria die zouden worden gehanteerd bij de selectie van zorgaanbieders. Ook zouden de afspraken betrekking moeten hebben op de daadwerkelijke inzet van de wijkverpleegkundige in relatie tot het wijkteam en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke infrastructuur in de wijk (waaronder aanbieders, professionals en cliënten).

[3] Zie: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/03/28/kamerbrief-over-transitie-hervorming-langdurige-zorg.html

De afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten over de inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg zijn begin 2015 in opdracht van VWS geëvalueerd[4]. In voorliggend rapport wordt daarom niet opnieuw op dit onderwerp ingegaan.

1.4 Ondersteuning regionale samenwerking HLZ

In mei 2014 hebben alle regio's van VWS, VNG en ZN het aanbod gekregen om een vergoeding voor de ondersteuning bij de regionale samenwerking HLZ aan te vragen. VWS, VNG en ZN hebben deze rol opgepakt vanuit hun stelselverantwoordelijkheid en als financiers van de langdurige zorg. De ondersteuning bestond uit een zogenaamde HLZ-regiosecretaris die de regie voerde op:

1. het regionale overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de inkoop van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg
2. het regionale transitieoverleg tussen gemeenten, zorgverzekeraars en andere belanghebbenden – waaronder zorgaanbieders – over onder andere de landelijke werkafspraken HLZ.

Op één na, hebben alle HLZ-regio's gebruik gemaakt van het aanbod om met een financiële vergoeding een medewerker vrij te maken als HLZ-regiosecretaris – 40% van de regio's – of deze extern in te huren – 60% van de regio's heeft dit gedaan. Voorwaarde voor de aanstelling van een HLZ-regiosecretaris was dat deze de instemming van zowel de gemeenten als de preferente zorgverzekeraar in een regio had. In de praktijk hebben in bijna alle regio's de gemeenten het initiatief genomen om een HLZ-regiosecretaris aan te stellen: uit de eigen organisatie of door externe inhuur. In zeker de helft van de regio's was de zorgverzekeraar niet betrokken bij de selectie van de HLZ-regiosecretaris. Op enkele regio's na, heeft dit het afgelopen jaar niet tot problemen geleid in de positionering van de HLZ-regiosecretaris als onafhankelijke regievoerder.

In de regio's waar vanaf juni 2014 tot en met uiterlijk juni 2015 een HLZ-regiosecretaris actief is geweest, zijn bij de start de volgende rollen meegegeven:

- procesregisseur voor de regionale overleggen tussen gemeenten en zorgverzekeraars en de regionale transitie-overleggen
- betrekken van de belangen van de verschillende partijen in het proces en het verbinden van partijen met elkaar
- organiseren van draagvlak op bestuurlijk niveau
- houden van het overzicht over een regio (zowel procesmatig als inhoudelijk op de verschillende scharnierpunten) en aangeven als sprake is van bijvoorbeeld witte vlekken
- aanreiken van instrumenten die al beschikbaar zijn (of weet partijen op een juiste manier te verwijzen)
- zorgdragen voor agendering van de onderwerpen, uitnodiging van alle partijen, verslaglegging en monitoring
- interveniëren wanneer onvoldoende voortgang wordt geboekt
- verantwoordelijk voor het leveren van informatie over de regionale voortgang ten behoeve van landelijke voortgangsinformatie.

[4] Zie: http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2015/02/23/verbinding-wijkverpleging-en-sociaal-domein/verbinding-wijkverpleging-en-sociaal-domein.pdf.

Daarnaast heeft in opdracht van VWS, VNG en ZN het landelijk ondersteuningsprogramma tussen maart 2014 en juni 2015 de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

- *Contactpunt*. Het ondersteuningsprogramma was telefonisch en digitaal bereikbaar voor alle HLZ-regiosecretarissen om vragen te beantwoorden.
- *Informatievoorziening aan de HLZ-regio's.* Periodiek is een nieuwsbrief verstuurd naar alle regiosecretarissen met HLZ-gerelateerd nieuws en interessante voorbeelden uit de regio's.
- *Regionale bijeenkomsten.* Op vijf momenten zijn in het afgelopen jaar regionale bijeenkomsten georganiseerd waarbij op diverse locaties in het land HLZ-regiosecretarissen samenkwamen om kennis en ervaringen uit te wisselen.
- *Landelijke bijeenkomsten.* Er zijn twee landelijke bijeenkomsten georganiseerd waarbij alle HLZ-regiosecretarissen, contactpersonen van zorgverzekeraars en branche- en cliëntenorganisaties de mogelijkheid hadden informatie en ervaringen uit te wisselen.
- *Periodieke update.* Op vijf momenten is op basis van een uitvraag onder alle HLZ-regiosecretarissen een beeld gegeven van de stand van zaken met betrekking tot de regionale samenwerking HLZ. In het kader hiervan zijn op meerdere momenten gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en branche- en cliëntenorganisaties.
- *Signaleren knelpunten.* Op basis van gesignaleerde knelpunten is maatwerk ondersteuning in regio's geboden met als doel om de regionale samenwerking HLZ te stimuleren.

1.5 Verantwoording en leeswijzer

Eind mei / begin juni 2015 zijn gesprekken gevoerd met alle HLZ-regiosecretarissen. Waar de rol van regiosecretaris werd ingevuld door een externe functionaris dan wel de huidige secretaris na 30 juni 2015 de werkzaamheden niet voortzet, is het gesprek in aanwezigheid van een vertegenwoordiger namens de regiogemeenten gevoerd. Ook is gesproken met de contactpersonen van de zorgverzekeraars. De resultaten van de gespreksronde zijn getoetst in een bijeenkomst met vertegenwoordigers van branche- en cliëntenorganisaties.

De resultaten van de gesprekken worden in de volgende hoofdstukken beschreven. Hoofdstuk 2 gaat in op de huidige stand van zaken met betrekking tot de regionale samenwerking HLZ. Hoofdstuk 3 en 4 gaan in op de vraag in hoeverre momenteel sprake is van een HLZ Transitietafel respectievelijk HLZ Werkagenda. Hoofdstuk 5 beschrijft hoe de ondersteuning door de HLZ-regiosecretaris is ervaren. De belangrijkste conclusies en een beschouwing daarvan worden in hoofdstuk 6 samengevat.

2 Regionale samenwerking HLZ

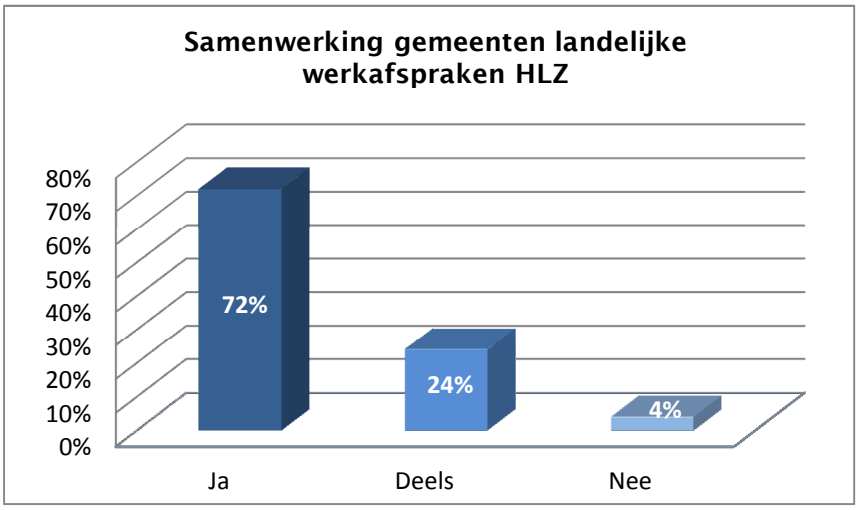
2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de samenwerking in de regio's met betrekking tot de landelijke werkafspraken HLZ. Het afgelopen jaar was sprake van een voortdurende schommeling in het aantal HLZ-regio's. Bij de start van het Ondersteuningsprogramma regionale samenwerking HLZ in maart 2014 werd uitgegaan van 43 regio's[5]. Uit een eerste inventarisatie in maart/april 2014 bleek dat in 7 regio's op een kleinere schaal werd samengewerkt aan de landelijke werkafspraken HLZ. Om die reden werd in mei 2014 gesproken van 57 HLZ-regio's (zie bijlage). De indeling van de regio's is door gemeenten gekozen en daardoor niet altijd een schaal waarop andere partijen – waaronder zorgverzekeraars – zijn georganiseerd.

Uit de verschillende gespreksronden van 2014 en 2015 komt naar voren dat een aantal (sub)regio's ervoor heeft gekozen om de landelijke werkafspraken HLZ te bespreken in een overleg waarbij meerdere regio's zijn vertegenwoordigd. Tegelijk zien we dat in een aantal andere regio's juist is besloten om de uitwerking van de landelijke werkafspraken HLZ in sub-regio's te laten plaatsvinden.

2.2 Samenwerking tussen gemeenten

In april 2014 heeft het Ondersteuningsprogramma regionale samenwerking HLZ een eerste gespreksronde gemaakt. Hierbij is gesproken met de regionale contactpersonen Wmo en contactpersonen van zorgverzekeraars. Uit deze gespreksronde bleek in 15% sprake te zijn van samenwerking tussen gemeenten in regioverband met betrekking tot de landelijke werkafspraken HLZ. De werkafspraken waren pas een maand voor deze gesprekronde gepubliceerd. Dit verklaart dat slechts een relatief klein deel van de gemeenten in april 2014 in regioverband samenwerkten rond de werkafspraken. Momenteel is sprake van een aanzienlijk hoger percentage (zie onderstaande figuur).



[5] http://www.vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2013/20130710-kaart_regioprofielen-wmo.pdf

Momenteel werken in het overgrote deel van de regio's gemeenten samen op het gebied van de landelijke werkafspraken HLZ. Gemeenten in deze regio's hebben op zowel ambtelijk als bestuurlijk niveau overleg over de belangrijkste ontwikkelopgaven waarbij wordt afgestemd welke opgaven in regionaal verband en welke op het niveau van sub-regio's of lokaal worden opgepakt.

De regionale samenwerking tussen gemeenten is in de tweede helft 2014 versterkt door het proces rond de inkoop van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Gemeenten gingen in regioverband in overleg over hoe zij de zorgverzekeraars zouden adviseren over de inkoop van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Deze samenwerking heeft in een groot deel van de regio's een basis gelegd voor verdergaande samenwerking op het gebied van de landelijke werkafspraken HLZ.

In ongeveer een kwart van de regio's zien we dat gedeeltelijk kan worden gesproken van samenwerking tussen gemeenten bij de landelijke werkafspraken HLZ. In bijna al deze regio's is een overlegstructuur ontworpen en bestuurlijk afgestemd, maar is de invulling van deze structuur nog niet of nauwelijks van de grond gekomen. Kortom, op papier is sprake van samenwerking maar in de praktijk is hieraan nog nauwelijks inhoud gegeven.

In een beperkt aantal regio's werken gemeenten onderling niet samen rond de landelijke werkafspraken HLZ. Gemeenten in deze regio's hebben er de voorkeur aan gegeven om de belangrijkste ontwikkelopgaven – waaronder de scharnierpunten – op lokaal niveau op te pakken en voelen niet de urgentie om deze opgaven met andere gemeenten te bespreken.

2.3 Samenwerking gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten

In circa twee derde van de regio's werken gemeenten en zorgverzekeraars samen rond de landelijke werkafspraken HLZ. Veelal betekent dit dat – door de HLZ-regiosecretaris – met ambtenaren en bestuurders van gemeenten en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars gesprekken zijn gevoerd over de belangrijkste vraagstukken in de regio en de wijze waarop deze gezamenlijk kunnen worden opgepakt.

Uit het onderzoek naar de samenwerking tussen regio's en zorgverzekeraars bij de inkoop van de niet-toewijsbare wijkverpleging (zie paragraaf 1.3) kwam naar voren dat in de meeste regio's het proces om tot afspraken te komen op een prettige manier is verlopen. Dit beeld is voor de samenwerking op het gebied van de landelijke werkafspraken HLZ genuanceerder. Dit heeft meerdere redenen:

- Het bleek voor zeker een kwart van de regio's niet eenvoudig om een vertegenwoordiging namens alle gemeenten te organiseren. Lange tijd wilden *alle* gemeenten bij overleggen met de zorgverzekeraar aansluiten – onder andere doordat in een aantal regio's de gemeenten geen gezamenlijk standpunt hadden over hoe om te gaan met de landelijke werkafspraken HLZ – wat in regio's met veel gemeenten geen praktische overlegvorm is.
- In aansluiting op het vorige punt: in ruim een derde van de regio's hebben centrumgemeenten al lange tijd een convenant met een (of meerdere) zorgverzekeraar(s). In deze convenanten is afgesproken hoe gemeenten en zorgverzekeraars de komende jaren gaan samenwerken bij de veranderende opgaven in de zorg. Het gesprek over de landelijke werkafspraken HLZ is in zeker de helft van deze regio's maanden lang vooral tussen deze gemeenten en de zorgverzekeraars gevoerd. Zowel vanuit de centrum- of convenantgemeente als de zorgverzekeraar is daardoor onvoldoende aandacht geweest voor het betrekken van de andere gemeenten in de regio. Het kostte vervolgens tijd om alle

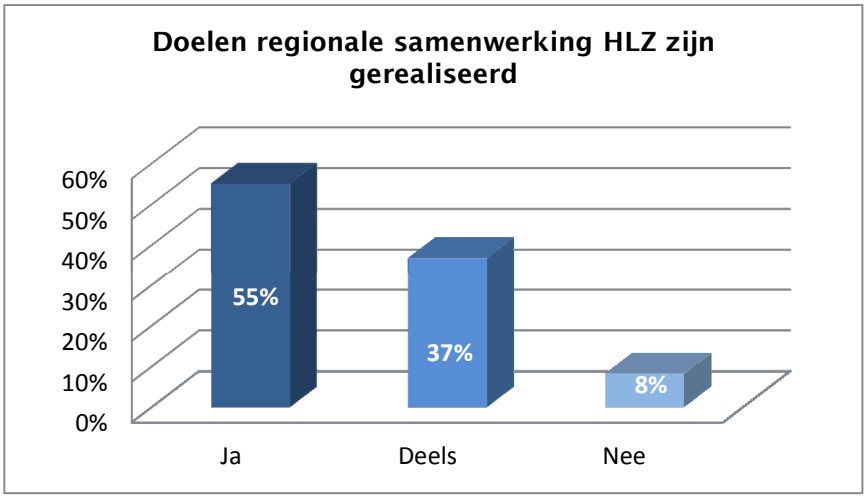
gemeenten weer op dezelfde vlieghoogte te brengen wat ten koste ging van de voortgang van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

- Vanuit de zorgverzekeraar(s) bleek vooral in 2014 onvoldoende capaciteit beschikbaar om met alle regio's over de landelijke werkafspraken HLZ om tafel te zitten.
- Bij zowel gemeenten als zorgverzekeraars bleken de prioriteiten tot voor kort bij andere issues dan de scharnierpunten uit de landelijke werkafspraken HLZ te liggen. Er moest veel worden geregeld voor 1 januari 2015 en begin dit jaar eisten andere thema's – o.a. wijkverpleging, PGB, casuïstiek – de volle aandacht. Weliswaar raken deze thema's voor een belangrijk deel aan het scharnierpunt 'continuïteit van zorg en ondersteuning', de aandacht hiervoor zou er ook zonder het bestaan van dit scharnierpunt zijn geweest.
- Eind 2014 en begin 2015 was er nog veel onduidelijkheid over de afbakening van de Wmo, Zvw en Wlz. Discussies over afbakeningsvraagstukken stonden op veel plekken het gesprek over de landelijke werkafspraken HLZ in de weg.

In iets meer dan de helft van de regio's zijn ook zorgaanbieders betrokken bij de landelijke werkafspraken HLZ en in bijna de helft van de regio's geldt dit ook voor cliënten(organisaties). In deze regio's zijn aanbieders en cliënten betrokken bij het bepalen van de prioriteiten in de regio en zijn zij in de eerste helft 2015 minimaal één keer aanwezig geweest bij een gezamenlijk overleg hierover. In ongeveer een kwart van de regio's is de structuur van het HLZ-overleg recent vastgesteld en moet het eerste overleg nog plaatsvinden. Onderdeel van deze structuur is de betrokkenheid van aanbieders en cliënten bij de uitwerking van de landelijke werkafspraken HLZ.

In het overige kwart van de regio's is momenteel geen vastgestelde overlegstructuur voorhanden waardoor aanbieders en cliënten nog niet structureel om tafel zitten om over de landelijke werkafspraken HLZ te praten. Dit hangt samen met de punten die hierboven zijn beschreven. Doordat in ongeveer een kwart van de regio's eerst tijd en energie is besteed aan de interne structuur – lees: het organiseren van een vertegenwoordiging namens alle gemeenten en het vormgeven van het overleg tussen deze vertegenwoordiging en de zorgverzekeraar – is men nog niet toegekomen aan verbreding naar externe partners waaronder zorgaanbieders en cliënten. Weliswaar hebben bijna alle regio's de intentie om deze structuur het komende halfjaar vorm te geven, het is op dit moment niet duidelijk of en hoe dit de komende maanden van de grond komt.

2.4 Observaties regionale samenwerking HLZ



Uit meer dan de helft van de regio's komt het signaal dat het beoogde doel is bereikt om rond de landelijke werkafspraken HLZ samenwerking te realiseren tussen (a) gemeenten onderling in een regio, (b) gemeenten en zorgverzekeraar en (c) gemeenten, zorgverzekeraar en overige partners waaronder zorgaanbieders en cliënten. Dit betekent automatisch dat dit in iets minder dan de helft van de regio's gedeeltelijk of helemaal niet het geval is. De belangrijkste observaties en conclusies worden hieronder samengevat.

Landelijke werkafspraken HLZ hebben in veel regio's de samenwerking tussen gemeenten onderling en tussen gemeenten en zorgverzekeraar een impuls gegeven

Los van de vraag in hoeverre betrokkenen al daadwerkelijk met elkaar om tafel zitten over de landelijke werkafspraken HLZ, het bestaan van deze afspraken en bijbehorende scharnierpunten heeft er in veel regio's voor gezorgd dat is nagedacht over een werkbare structuur om belangrijke HLZ opgaven gezamenlijk op te pakken. Hierbij zijn in veel regio's bestaande structuren tegen het licht gehouden. Waar bestaande structuren niet voldeden, zijn deze of herijkt of is er een nieuwe structuur ingericht. Facilitering in de vorm van de HLZ-regiosecretaris heeft hieraan bijgedragen (zie hoofdstuk 5).

Samenwerking bij landelijke werkafspraken HLZ komt vooral van de grond waar samenwerking tussen gemeenten op andere terreinen al langere tijd bestaat

Hierbij gaat het om regio's die van oudsher een sterk samenwerkingsverband hebben – bijvoorbeeld via een gemeenschappelijke regeling – waardoor de landelijke werkafspraken HLZ relatief eenvoudig binnen deze bestaande samenwerkingsstructuur konden worden opgepakt. Ook komt de samenwerking tussen gemeenten op de HLZ werkafspraken relatief goed van de grond in regio's waar de centrumgemeente al langere tijd een convenant met de zorgverzekeraar heeft en in staat is om via deze structuur de andere gemeenten uit de regio te vertegenwoordigen of in gesprek te laten komen met de zorgverzekeraar(s).

Samenwerking rond de landelijke werkafspraken HLZ stond het afgelopen jaar bij de meeste gemeenten niet hoog in de prioriteiten

Dit geldt vooral voor de regio's waarbij een jaar geleden de samenwerkingsstructuur nog moest worden opgezet en de landelijke werkafspraken HLZ niet bij een bestaande structuur konden worden aangehaakt. Veel tijd en aandacht is het afgelopen jaar gegaan naar transitievraagstukken en het oplossen van actuele casussen en opgaven (o.a. PGB, wijkverpleging, administratie). Hiermee is vooral gewerkt aan het scharnierpunt 'continuïteit van zorg en ondersteuning', al zou dit zonder het bestaan van dit scharnierpunt ook zijn gebeurd. Pas nu, halverwege 2015, lijkt er bij deze gemeenten ruimte te ontstaan om aan de slag te gaan met vraagstukken die raken aan meerdere scharnierpunten, vooral 'stimuleren zorgvernieuwing' en 'voorkomen administratieve lasten'.

Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar bleek in veel regio's ingewikkelder dan van tevoren gedacht

De belangrijkste redenen zijn deels in de vorige paragraaf opgesomd. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben een andere historie, belangen, taal en werkwijze. Hierdoor heeft het in veel regio's meer tijd gekost dan van tevoren gedacht om de samenwerking tussen gemeenten en de zorgverzekeraars rond de landelijke werkafspraken HLZ vorm te geven. Gemeenten verwachten van de zorgverzekeraar dat deze structureel vertegenwoordigd is bij overleggen over de landelijke werkafspraken HLZ, dat er iemand aan tafel zit met mandaat en dat deze openstaat voor suggesties voor bijvoorbeeld het voorkomen van

administratieve lasten. Zorgverzekeraars verwachten van gemeenten dat zij de onderlinge samenwerking in de regio effectief hebben georganiseerd, dat daardoor de regio ook echt meerwaarde heeft en dat vanuit de financiers – gemeenten en zorgverzekeraars – gezamenlijk wordt nagedacht over de prioriteiten met betrekking tot HLZ.

In veel regio's – vooral regio's waar tot vorig jaar geen sprake was van bestaande samenwerking met de zorgverzekeraars, bijvoorbeeld door een convenant – is tijd gaan zitten in het vinden van de juiste samenwerkingsstructuur. In ongeveer 10 regio's is deze structuur nog niet of pas heel recent gevonden waardoor men nu echt aan de slag kan met het bespreken van de landelijke werkafspraken HLZ op regionaal niveau met gemeenten en zorgverzekeraars.

Samenwerking met zorgaanbieders, cliënten(organisaties) en overige partners komt in de meeste regio's nu pas op gang

Dit hangt samen met de vorige punten. Als een regio lange tijd niet de juiste samenwerkingsstructuur heeft gehad – gemeenten onderling of tussen gemeenten en zorgverzekeraar – is het ook niet mogelijk gebleken om te verbreden naar overige partners. Ook is er, zoals eerder opgemerkt, veel tijd en aandacht gegaan naar transitievraagstukken en het oplossen van actuele casussen en opgaven (o.a. PGB, wijkverpleging, administratie). Hierdoor is het gesprek over het vormgeven van de transformatie met zorgaanbieders, cliënten(organisaties) en overige partners in de meeste regio's nog niet of mondjesmaat opgestart. Uit de gespreksronde van mei/juni 2015 komt duidelijk naar voren dat deze verbreding recent is gemaakt of gepland staat voor de tweede helft van 2015.

Er bestaat spanning tussen het lokale karakter van de Wmo en de regionale samenwerking HLZ

De landelijke werkafspraken HLZ worden in een aantal regio's in een kleiner samenwerkingsverband dan de oorspronkelijke 57 HLZ-regio's opgepakt. In deze beweging is de spanning tussen het lokale karakter van de implementatie van de Wmo en de noodzaak tot regionale samenwerking HLZ zichtbaar. Samenwerking op een kleinere schaal kan effectief zijn om de afspraken uit te voeren – toch is het een aandachtspunt hoe deze opdeling zich verhoudt tot de beschikbare capaciteit van de zorgverzekeraars. Kunnen zij ook op deze kleinere schaal vertegenwoordiging (blijven) organiseren?

Regionale samenwerking HLZ is in ongeveer een kwart van de regio's broos

In veel regio's is duidelijk dat een externe HLZ-regiosecretaris het afgelopen jaar meerwaarde heeft gehad in de totstandkoming van de regionale samenwerking HLZ. Voor ongeveer een kwart van de regio's kan momenteel niet met zekerheid worden gezegd of deze samenwerking na het vertrek van de externe HLZ-regiosecretaris wordt voorgezet. Hierover meer in de volgende hoofdstukken.

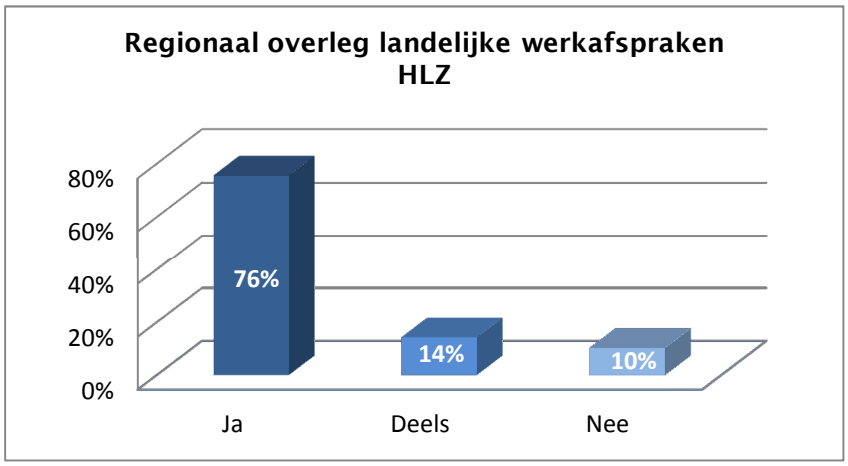
3 HLZ Transitietafel

3.1 Inleiding

Met de HLZ Transitietafel wordt bedoeld: een structureel overleg tussen belanghebbende partners waarbij onder andere (een deel van) de scharnierpunten uit de landelijke werkafspraken HLZ is geagendeerd.

De term HLZ Transitietafel wordt lang niet in alle regio's gebruikt. In de ene regio wordt de term Vernieuwingstafel gehanteerd, in een andere regio Transformatie-overleg en er zijn in veel regio's allerlei werkgroepen, kerngroepen en thematafels. Wij gebruiken in deze rapportage het begrip HLZ Transitietafel omdat deze vanaf de start van het Ondersteuningsprogramma regionale samenwerking HLZ is gebruikt, wetende dat niet alle regio's hun overleg zo noemen.

3.2 Regionaal overleg over de landelijke werkafspraken HLZ



In circa driekwart van de regio's is op dit moment sprake van een overleg waarbij gemeenten in regioverband spreken over thema's die samenhangen met de landelijke werkafspraken HLZ. In circa twee derde van het totale aantal regio's zijn zorgverzekeraars bij dit overleg betrokken en in ongeveer de helft van het totale aantal regio's geldt dit ook voor overige partners waaronder zorgaanbieders en cliënten. Dit is een heel ander beeld dan in april 2014 toen slechts een handjevol regio's aangaf dat overleg gevoerd werd over onderwerpen als fricties arbeidsmarkt, herstructurering vastgoed en vermindering administratieve lasten.

Als we inzoomen op de driekwart van de regio's waar gemeenten onderling overleggen, blijkt dat in ongeveer de helft daarvan voor de bespreking van HLZ-gerelateerde thema's is aangesloten bij een bestaande structuur. Hierbij gaat het om zowel ambtelijke als bestuurlijke overleggen waarbij projectleiders en wethouders van de verschillende gemeenten in een regio elkaar periodiek ontmoeten. Veelal zijn deze overleggen ingestoken vanuit de transitie Wmo. Door de HLZ-regiosecretaris is aanvullend op het bestaande overleg geïnventariseerd welke thema's uit de landelijke werkafspraken HLZ prioriteit hebben in de betreffende regio.

Bestaande overleggen bestonden tot begin vorig jaar veelal uitsluitend uit vertegenwoordigers van gemeenten. Zowel de inkoop van niet-toewijsbare wijkverpleging als de landelijke werkafspraken HLZ hebben gestimuleerd dat ook zorgverzekeraars geregeld kunnen aansluiten bij een bestaand overleg dan wel dat met zorgverzekeraars een vooroverleg wordt georganiseerd. Door zorgverzekeraars bij deze overleggen te laten aansluiten, ligt het initiatief duidelijk bij de financiers.

De wijze waarop andere partijen – zoals zorgaanbieders, cliënten, woningcorporaties en huisartsen – bij de overleggen zijn vertegenwoordigd, verschilt. Er zijn regio's waarbij deze partners periodiek om tafel zitten met gemeenten en zorgverzekeraar. Er zijn ook regio's waarbij andere partijen ad hoc worden uitgenodigd, alleen als de agenda hiertoe aanleiding geeft. Welke vorm ook wordt gekozen, het beeld is dat belanghebbende partijen in zeker de helft van de regio's goed aan tafel zitten.

In ongeveer een kwart van de regio's heeft de HLZ-regiosecretaris een nieuw overleg rond de landelijke werkafspraken HLZ opgezet. Tijdens de gespreksronde van mei/juni 2015 werd duidelijk dat in deze regio's tot nu toe één of twee keer een HLZ Transitietafel is geweest waarbij in de meeste gevallen ook zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van aanbieders, cliënten en overige partijen aanwezig waren.

In het overige kwart van de regio's was tijdens de gespreksronde van mei/juni 2015 nog geen HLZ Transitietafel georganiseerd. Dit kan op drie manieren worden verklaard:

1. De overlegstructuur is pas recent bestuurlijk vastgesteld waardoor het eerste feitelijke overleg nog moet plaatsvinden.
2. In de regio is men nog zoekende naar een vorm om HLZ partners uit te nodigen voor de HLZ Transitietafel, het is nog niet duidelijk wanneer dit gaat gebeuren.
3. Door gemeenten in de regio is er bewust voor gekozen om geen regionale HLZ Transitietafel te starten omdat onvoldoende meerwaarde wordt gezien in een regionaal overleg over de landelijke werkafspraken HLZ. In bijna al deze regio's zien we dat de centrumgemeente in deze keuze bepalend is geweest.

3.3 Thema's HLZ Transitietafel

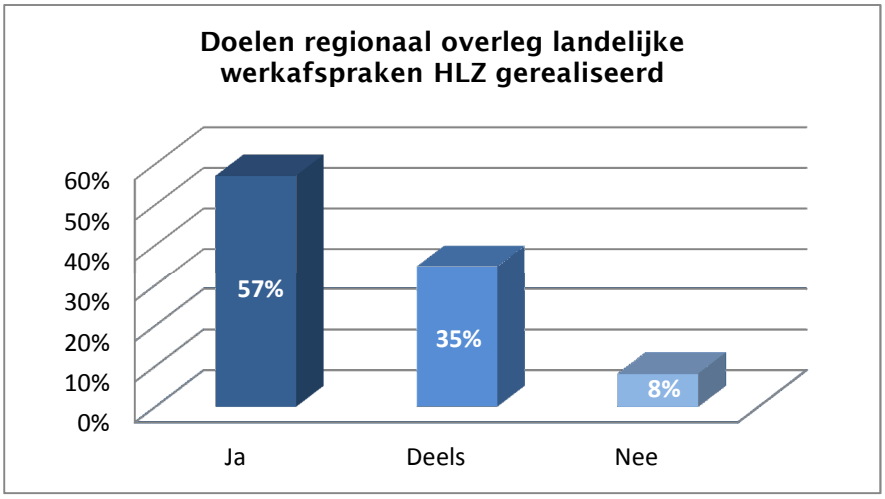
In vrijwel alle regio's waar sprake is van een HLZ Transitietafel heeft de HLZ-regiosecretaris op basis van gesprekken met vertegenwoordigers van onder andere gemeenten, zorgverzekeraar, zorgaanbieders en cliënten een overzicht gemaakt van de prioriteiten in de regio. In het kwart van de regio's waar het afgelopen jaar een nieuw overleg rond de landelijke werkafspraken HLZ is opgezet, zijn deze overleggen vaak rond deze prioriteiten georganiseerd. De scharnierpunten zoals opgenomen in de landelijke werkafspraken HLZ komen hier het meest herkenbaar terug.

Ook in de helft van de regio's waar is aangesloten bij een bestaande overlegstructuur, is bijna altijd door de HLZ-regiosecretaris een overzicht gemaakt van de meest prioritaire thema's. In tegenstelling tot de regio's waar nieuwe overleggen zijn ingericht, zijn de scharnierpunten in deze regio's veelal minder expliciet geagendeerd, maar onderdeel van een bestaand thema of agendapunt. Voorbeeld: veel regio's hebben al langere tijd een overleg waar wordt gesproken over scheiden wonen-zorg. Onderdeel van dit overleg is het bespreken van de voorziene behoefte van zorgvastgoed. Het scharnierpunt 'herstructureren vastgoed' is daarmee niet expliciet als separaat onderwerp geagendeerd, maar is onderdeel van een breder thema.

Het scharnierpunt ‘continuïteit van zorg en ondersteuning’ heeft het afgelopen jaar overduidelijk de meeste aandacht in de regio’s gekregen. Wel wordt aangegeven dat de onderwerpen die hiermee samenhangen ook zonder het bestaan van dit scharnierpunt zouden zijn besproken. Tijdens de gespreksronde van mei/juni 2015 is dikwijls aangegeven dat dit punt zoveel tijd van gemeenten, zorgverzekeraars, aanbieders en overige partners heeft gevraagd, dat er tot voor kort nauwelijks aandacht voor andere scharnierpunten was. De thema’s ‘fricties arbeidsmarkt’ en ‘herstructurering vastgoed’ zijn vooral geagendeerd in de regio’s waar na de gespreksronde van de HLZ-regiosecretaris bleek dat het voor de regio belangrijk is om deze scharnierpunten te bespreken.

Verder is het opvallend dat ten opzichte van de gespreksronde van maart 2015 momenteel veel meer regio’s het thema ‘voorkomen administratieve lasten’ hebben geagendeerd. In maart 2015 lag dit percentage op 56%, nu is dat meer dan 75%. Dit kan enerzijds worden verklaard doordat zorgaanbieders de afgelopen maanden nadrukkelijker aan tafel zitten bij gemeenten en dit thema vaak actief agenderen. Anderzijds heeft dit scharnierpunt de afgelopen weken veel aandacht van de landelijke media gekregen.

3.4 Observaties HLZ Transitietafel



Uit meer dan de helft van de regio’s komt het signaal dat de beoogde doelen met betrekking tot de HLZ Transitietafel zijn gerealiseerd. Hierbij gaat het om de doelen die de HLZ-regiosecretarissen bij aanvang van hun werkzaamheden in samenspraak met hun opdrachtgevers – gemeenten en zorgverzekeraar – hebben geformuleerd. Deze doelen zijn een regionale uitwerking van de landelijke doelen die in paragraaf 1.4 van dit rapport zijn genoemd. De belangrijkste observaties en conclusies worden hieronder samengevat.

De HLZ Transitietafel is in veel regio’s een belangrijk middel geweest om het overleg tussen gemeenten, zorgverzekeraar en andere partners op gang te brengen
In zeker de helft van de regio’s komt duidelijk naar voren dat de opdracht om de scharnierpunten in een regionaal overleg te bespreken, heeft bijgedragen aan het op de agenda krijgen van deze punten.

Naast de scharnierpunten worden bij de HLZ Transitietafel ook allerlei andere thema's geagendeerd

Vooral in de regio's waar is aangesloten bij een bestaande overlegstructuur, zijn het andere thema's dan de scharnierpunten die de agenda bepalen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om extramuralisering, wijkverpleging, preventie, respijtzorg en wijkgericht werken. Deze thema's staan al vanaf het begin centraal bij deze overleggen. De praktijk laat zien dat de scharnierpunten alleen ter sprake komen als deze iets toevoegen aan het bestaande overleg. Oftewel: pas als alle deelnemers aan een bestaand overleg inzien dat het meerwaarde heeft om één of meerdere scharnierpunten te bespreken, worden deze aan de agenda toegevoegd.

Zorgvernieuwing is het belangrijkste thema dat voor de komende maanden is geagendeerd

In 2014 en eerste helft 2015 is in het overgrote deel van de regio's vooral aandacht geweest voor het inregelen van de transitie-opgaven. Uit de gespreksronde van mei/juni 2015 wordt duidelijk dat partners aan de HLZ Transitietafel sinds kort toekomen aan transformatie-gerelateerde thema's, waaronder zorgvernieuwing. In de regio's waar al sprake is van een HLZ Transitietafel of deze voor de komende tijd staat geagendeerd, is het thema zorgvernieuwing overal onderdeel van de agenda.

In ongeveer de helft van de regio's is met zekerheid te zeggen dat de HLZ Transitietafel de komende maanden wordt voortgezet

Dit betreft vooral de regio's waar is aangesloten bij een bestaande overlegstructuur waardoor het voortbestaan van dit overleg niet afhankelijk is van de inzet van de HLZ-regiosecretaris. In het kwart van de regio's waar de HLZ-regiosecretaris een nieuwe overlegvorm heeft opgezet, is het onzeker of deze de komende maanden wordt gecontinueerd. Belangrijkste reden is dat de nieuwe overleggen in bijna al deze regio's door een externe HLZ-regiosecretaris zijn opgezet. Weliswaar geven de gemeentelijke contactpersonen aan dat zij de intentie hebben om het overleg in de tweede helft 2015 voort te zetten, maar dat dit (nog) niet kan worden gegarandeerd. Praktische randvoorwaarden – zoals beschikbare tijd van de gemeentelijke medewerkers en de bereidheid van alle partijen om aan de overleggen te blijven deelnemen – zijn hiervan de belangrijkste redenen.

Het is ook onzeker of in de regio's waar tot nu toe nog geen HLZ Transitietafel is ingericht, dit de komende maanden alsnog wordt gedaan. Of dit gebeurt, zal vooral afhangen van de vraag of gemeenten, zorgverzekeraar en overige partners een gezamenlijk belang zien van samenwerking aan een HLZ Transitietafel en de bereidheid van betrokkenen om hierin te investeren.

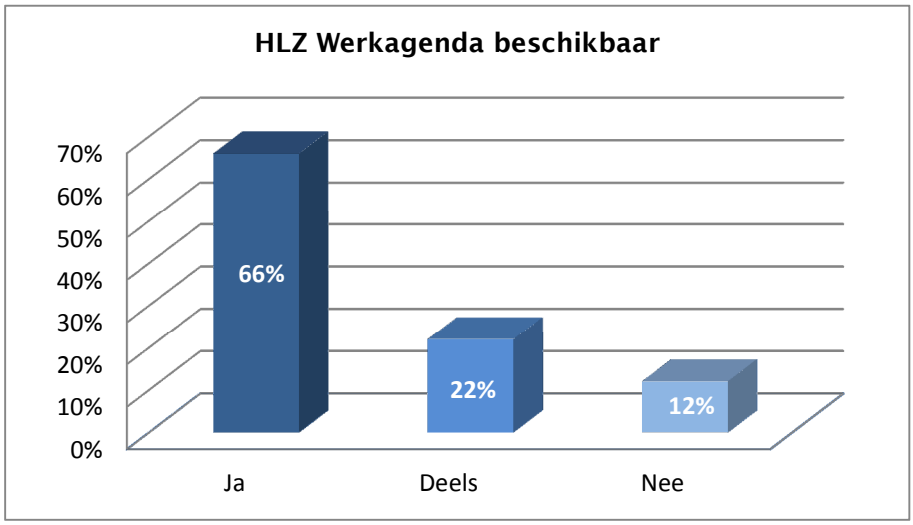
4 HLZ Werkagenda

4.1 Inleiding

Onder HLZ Werkagenda wordt in deze rapportage verstaan: een document waarin de consequenties van de landelijke werkafspraken HLZ voor de regio zijn uitgewerkt.

Net als het begrip HLZ Transitietafel wordt ook het begrip HLZ Werkagenda niet in elke regio als zodanig gebruikt. Andere gebruikte termen zijn onder andere: vernieuwingsagenda, transformatie-agenda en jaarprogramma langdurige zorg.

4.2 Beschikbaarheid HLZ Werkagenda



Ongeveer twee derde van de regio's geeft aan over enige vorm van een HLZ Werkagenda te beschikken. Als we inzoomen op deze regio's, blijkt in de helft daarvan de werkagenda onderdeel te zijn van de samenwerkingsafspraken tussen regio of centrumgemeente en de zorgverzekeraar(s). Veelal gaat het hierbij om convenantafspraken waarin is uitgewerkt op welke thema's gemeenten en zorgverzekeraars gaan samenwerken en hoe dit gebeurt.

In deze convenantafspraken worden de landelijke werkafspraken HLZ of de scharnierpunten niet per definitie expliciet benoemd. Er zijn regio's waar de samenwerkingsafspraken of het convenant vooral ingaan op onderwerpen als inkoop, wijkverpleging en pilots in de wijk. Door de betreffende gemeenten en zorgverzekeraars is gekozen om de scharnierpunten niet in een afzonderlijk document uit te werken. In andere regio's zijn de scharnierpunten impliciet in de samenwerkingsafspraken of het convenant genoemd, dus niet bewust expliciet als scharnierpunten uitgewerkt. Een voorbeeld is een zorgverzekeraar die met de regio's werkafspraken heeft gemaakt rond een aantal thema's. Eén daarvan is extramuralisering waarbij ook impliciet aandacht is voor de scharnierpunten 'continuïteit van zorg en ondersteuning' en 'stimuleren zorgvernieuwing'. In regio's waar de samenwerkingsafspraken of het convenant met de zorgverzekeraar van recenter datum zijn, zijn veelal wel expliciet de prioritaire scharnierpunten benoemd.

In een derde van de regio's is (nog) geen HLZ Werkagenda beschikbaar. In het grootste deel van deze regio's is de HLZ Werkagenda (in concept) gereed, maar nog niet bestuurlijk vastgesteld. Dit is in bovenstaande grafiek weergegeven als 'deels beschikbaar'.

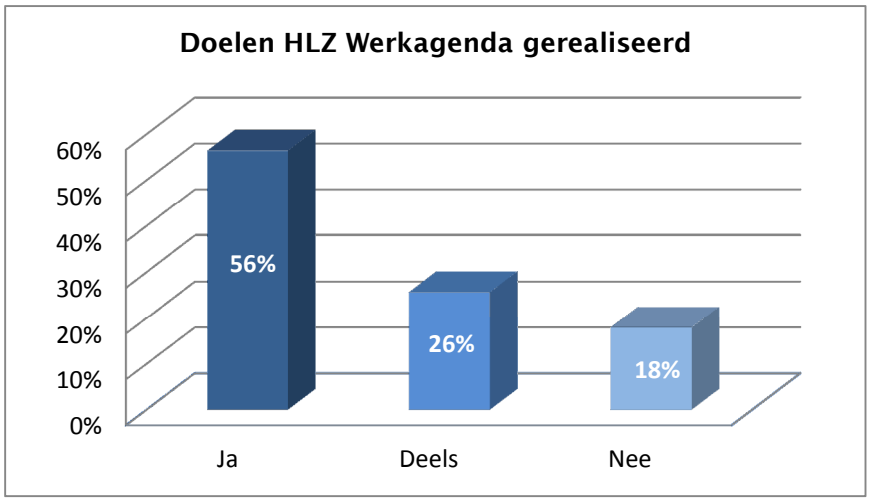
Van de overige regio's die (nog) niet over een HLZ Werkagenda beschikken, is de verwachting dat deze (binnen afzienbare tijd) ook niet zal worden opgesteld. De regio's die dit betreft komen overeen met de regio's waar momenteel geen sprake is van een gezamenlijk HLZ Transitieoverleg en de gemeenten de meerwaarde hiervan te beperkt vinden (zie hoofdstuk 3).

4.3 Thema's HLZ Werkagenda

Deze paragraaf sluit aan bij paragraaf 3.3. Immers, de thema's die worden besproken aan de HLZ Transitietafel zijn in bijna alle gevallen ook opgenomen in de HLZ Werkagenda. Het thema zorgvernieuwing komt het vaakst voor in de bestaande HLZ Werkagenda's. Hierbij gaat het vooral om mogelijkheden om het komende jaar innovaties in de zorg door te voeren, zoals nieuwe vormen van zorginkoop, inzet wijkverpleegkundigen, samenwerking wijkteams en huisartsen en indiceren. Dit hangt samen met de thema's sturing en monitoring die ook vaak in de HLZ Werkagenda's zijn terug te vinden.

Het scharnierpunt 'herstructureren vastgoed' wordt weliswaar niet vaak expliciet genoemd in de werkagenda's, maar is veelal onderdeel van een breder thema zoals scheiden wonen-zorg of beschermd wonen. Het thema 'fricties arbeidsmarkt' is slechts heel beperkt waarneembaar in HLZ Werkagenda's, volgens betrokkenen doordat dit thema (nog) niet speelt in de regio of binnen andere regionale verbanden wordt opgepakt (bijvoorbeeld arbeidsmarktregio's). Ook het thema 'voorkomen administratieve lasten' is niet veel terug te vinden. Dit thema is pas recent nadrukkelijk op de agenda gezet. Ook al is het thema niet overal expliciet in de HLZ Werkagenda genoemd, toch geeft een groot deel van de betrokkenen aan dat het zeker een aandachtspunt is voor de komende maanden.

4.4 Observaties HLZ Werkagenda



Iets meer dan de helft van de regio's geeft aan dat de doelen met betrekking tot de HLZ Werkagenda – die de HLZ-regiosecretaris in samenspraak met gemeenten en zorgverzekeraar bij aanvang van de werkzaamheden heeft geformuleerd – zijn gerealiseerd. De belangrijkste observaties en conclusies worden hieronder samengevat.

In de meeste regio's is de HLZ Werkagenda tot stand gekomen op basis van input van gemeenten en zorgverzekeraars

Dit hangt samen met de eerdere constatering dat bij veel regio's de HLZ Werkagenda onderdeel is van de samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar lijkt daarmee een belangrijk aandeel te hebben in het bepalen van de thema's die het komende jaar in de regio worden besproken. Veelal is (door de HLZ-regiosecretaris) een inventarisatie gemaakt van de prioritaire thema's van de verschillende samenwerkingspartners. Vervolgens is in veel regio's door gemeenten en zorgverzekeraars – als financiers van de zorg – bepaald welke thema's ook daadwerkelijk worden opgepakt en zijn deze thema's beschreven in de HLZ Werkagenda. Daarna worden deze thema's met overige partners – waaronder zorgaanbieders en cliënten(organisaties) – besproken.

De meeste HLZ Werkagenda's bestaan uit een jaarplanning waarin onderscheid wordt gemaakt tussen korte- en lange termijn doelen

Bepaalde thema's vragen om een aanpak op korte termijn, bijvoorbeeld de inkoop van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg 2016 en het monitoren van de inzet van wijkverpleegkundigen. Deze thema's worden als eerste opgepakt. Thema's die meer op langere termijn zullen worden opgepakt, hebben veelal betrekking op transformatievraagstukken. Deze thema's worden eind 2015, begin 2016 opgepakt waarbij wordt aangegeven dat de betrokkenheid van zorgaanbieders en cliënten(organisaties) hierbij belangrijk is.

De regio's die een HLZ Werkagenda hebben, verwachten in de tweede helft 2015 vaart te kunnen maken met de uitvoering ervan

De druk van de transities is enigszins verminderd, de HLZ Werkagenda is in veel regio's door gemeenten en zorgverzekeraar afgestemd waardoor het nu mogelijk is om versnelling aan te brengen in de uitvoering ervan. Veel regio's zien de tweede helft van 2015 dan ook als een belangrijke periode waarin daadwerkelijk met een grote vertegenwoordiging van belanghebbenden uitvoering wordt gegeven aan de HLZ Werkagenda en invulling wordt gegeven aan de vernieuwingsopgaven.

In ongeveer een kwart van de regio's is niet met zekerheid te zeggen of de HLZ Werkagenda ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd

Hierbij gaat het om regio's waar de HLZ Werkagenda pas recent is vastgesteld of dit binnenkort gaat gebeuren. De totstandkoming hiervan is vooral een verdienste van de HLZ-regiosecretaris. Uit een kwart van de regio's komt het signaal dat momenteel onbekend is wat er gaat gebeuren als één of meerdere medewerkers van gemeenten de coördinatie van de HLZ Werkagenda van de externe HLZ-regiosecretaris hebben overgenomen.

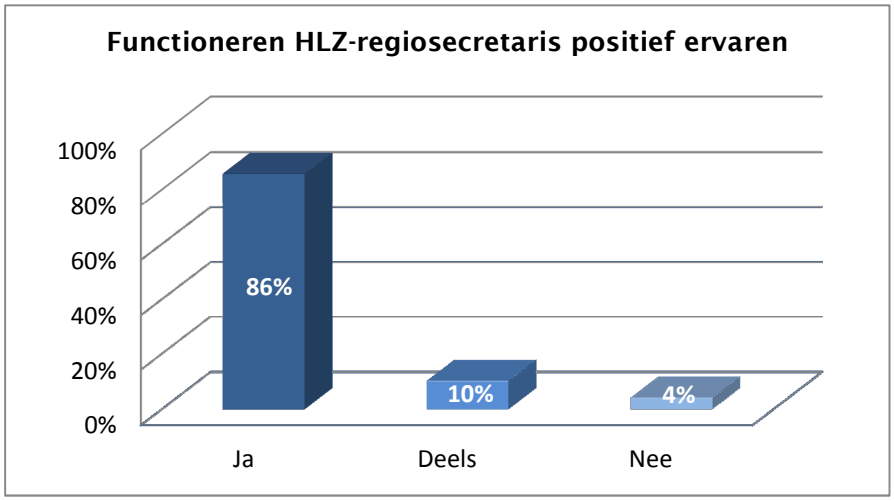
5 HLZ-regiosecretaris

5.1 Inleiding

Op één na, hebben alle HLZ-regio's gebruik gemaakt van het aanbod om met behulp van een financiële vergoeding een medewerker vrij te maken om werkzaamheden als HLZ-regiosecretaris te verrichten – 40% van de regio's heeft hiervoor gekozen – of om externe invulling van deze rol in te huren – 60% van de regio's heeft dit gedaan. In deze regio's is vanaf juni 2014 tot en met uiterlijk juni 2015 een HLZ-regiosecretaris actief geweest.

De HLZ-regiosecretaris is ingezet om de overleggen tussen gemeenten en zorgverzekeraars rond de inkoop van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en de HLZ-Transitietafel te faciliteren. Bij aanvang was de doelstelling dat de werkzaamheden van de HLZ-regiosecretaris na stopzetting van de externe financiering in de regio zouden worden geborgd.

5.2 Meerwaarde HLZ-regiosecretaris



De antwoorden op de vraag of het functioneren van de HLZ-regiosecretaris als positief wordt ervaren, geven een duidelijke uitkomst: volgens het overgrote deel van de regio's heeft de aanwezigheid van een HLZ-regiosecretaris het afgelopen jaar merkbaar bijgedragen aan de doelen die van tevoren waren beoogd. De uitkomsten zijn gebaseerd op de input van regionale (gemeentelijke) contactpersonen Wmo en contactpersonen van de zorgverzekeraars.

De meest genoemde toelichting op het positieve beeld van de HLZ-regiosecretarissen, is de onafhankelijke rol die deze persoon in de meeste regio's kon innemen. Deze rol kwam vooral toe aan de externe secretarissen. Ook over de secretarissen die afkomstig waren van een gemeente, zijn van zowel gemeenten als zorgverzekeraars geen signalen gekomen dat deze niet onafhankelijk zouden zijn. Dit maakte het mogelijkheid om op een objectieve, onafhankelijke manier in gesprek te gaan met bestuurders en ambtenaren van gemeenten, vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, aanbieders, cliënten en overige betrokkenen. Een onafhankelijke HLZ-regiosecretaris heeft geen last van een organisatiebelang wat van invloed is op de agenda van de Transitietafel of de inhoud van de Werkagenda.

Door zeker de helft van de regio's – zowel regio's waar gemeenten en zorgverzekeraars al samenwerkten in een bestaande structuur als regio's waar dit niet het geval was – wordt aangegeven dat de HLZ-regiosecretaris een belangrijke rol heeft gespeeld in het verbinden van verschillende partijen. Hierbij ging het in 2014 vooral om de verbinding tussen de gemeenten in een regio en vervolgens de verbinding tussen de gemeenten en zorgverzekeraar, enerzijds voor de inkoop van de niet-toewijsbare wijkverpleging, anderzijds voor het gezamenlijk afstemmen van de prioritaire thema's uit de landelijke werkafspraken HLZ. In 2015 heeft de HLZ-regiosecretaris zich in veel regio's gericht op de verbinding van gemeenten en zorgverzekeraar enerzijds en zorgaanbieders, cliënten en overige partners anderzijds. Iets minder dan de helft van de regio's geeft aan niet zeker te weten of zonder de aanwezigheid van de HLZ-regiosecretaris deze verbinding tot stand zou zijn gekomen. Het tot stand brengen van deze verbinding tussen verschillende partijen is dan ook waar veel HLZ-regiosecretarissen het meest trots op zijn.

Naast het verbinden van verschillende partijen, heeft ongeveer de helft van de HLZ-regiosecretarissen ook een belangrijke rol aan de overlegtafels gehad. Dit betreft vooral de regio's waar tot voor kort nog geen sprake was van een regionaal overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraar. De HLZ-regiosecretaris heeft in deze overleggen een bepalende rol gehad. Deze rol werd op verschillende manieren ingevuld: een aantal HLZ-regiosecretarissen bracht vooral inhoudelijke kennis in, terwijl andere HLZ-regiosecretarissen de rol van onafhankelijk voorzitter/begeleider van de HLZ Transitietafel hadden. De rol van onafhankelijk voorzitter heeft er volgens contactpersonen van gemeenten en zorgverzekeraars in veel regio's toe bijgedragen dat de HLZ Transitietafel een overleg is geworden waarbij partijen met verschillende belangen met elkaar nadenken over de vernieuwingsagenda voor de komende tijd en niet het karakter heeft gekregen van een onderhandelingstafel.

5.3 Borging werkzaamheden HLZ-regiosecretaris

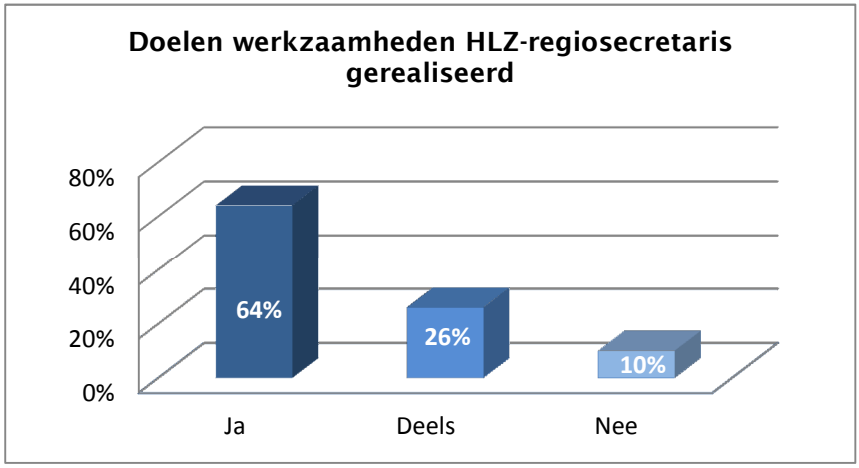
In ongeveer drie kwart van de regio's wordt aangegeven dat de werkzaamheden van de HLZ-regiosecretaris worden geborgd in de regio. In 8 regio's lopen de werkzaamheden van de externe HLZ-regiosecretaris nog een aantal maanden door. Het is de bedoeling dat de werkzaamheden na het vertrek van de externe HLZ-regiosecretaris bij een medewerker van een gemeente worden belegd. In de overige regio's worden de werkzaamheden door een functionaris van een gemeente – veelal de centrumgemeente in de regio – overgenomen. Het is opvallend dat dit laatste in bijna de helft van de regio's niet is afgestemd met de zorgverzekeraars. Deze gemeenten trekken de regie van de landelijke werkafspraken HLZ vooral naar zichzelf, vooral omdat zorgverzekeraars in de meeste regio's niet bereid zijn om mee te financieren.

In een kwart van de regio's is momenteel niet duidelijk wat er gebeurt als de externe financiering van de HLZ-regiosecretaris is weggevallen. Dit is de komende tijd onderwerp van gesprek. In diverse regio's is verkend of gemeenten en zorgverzekeraar gezamenlijk bereid waren om financieel bij te dragen aan de financiering van de externe HLZ-regiosecretaris na 30 juni 2015. Op een enkele regio na, is dit nergens gelukt.

5.4 Observaties HLZ-regiosecretaris

Ruim twee derde van de regio's geeft aan dat de doelen met betrekking tot het functioneren van de HLZ-regiosecretaris – zoals beschreven in hoofdstuk 1 – zijn gerealiseerd. In de regio's waar dit niet of gedeeltelijk het geval is, komt dit vooral doordat het langer duurde dan gedacht om partijen bij elkaar om tafel te krijgen rond de landelijke

werkafspraken HLZ. In voorgaande hoofdstukken is hier uitvoerig aandacht aan besteed. In een paar regio's is de inzet van de HLZ-regiosecretaris in het geheel niet conform verwachting gegaan. Een mis-match tussen de werkwijze van de HLZ-regiosecretaris en de wensen van de regio is hiervan de belangrijkste verklaring.



De belangrijkste observaties en conclusies worden hieronder samengevat.

De HLZ-regiosecretaris was het afgelopen jaar in de meeste regio's een belangrijke aanjager van de HLZ Transitietafels

De onafhankelijke rol en de beschikbare tijd van de HLZ-regiosecretaris heeft er in veel regio's toe bijgedragen dat gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, cliënten en andere betrokkenen elkaar bij een (vorm van een) HLZ Transitietafel hebben ontmoet, onder andere rond de landelijke werkafspraken HLZ. In zeker de helft van de regio's komt het signaal dat dit anders waarschijnlijk niet zou zijn gebeurd.

In ongeveer de helft van de regio's heeft de HLZ-regiosecretaris de structuur neergezet, nu komt het aan op het daadwerkelijk benutten ervan

In ongeveer de helft van de regio's is de structuur van de HLZ Transitietafel ingericht en vertrekt de externe HLZ-regiosecretaris op het moment dat deze structuur daadwerkelijk moet worden benut om de uitvoering van de HLZ Werkagenda vorm te geven.

Doordat in bijna alle regio's een medewerker van de centrumgemeente de werkzaamheden van de HLZ-regiosecretaris gaat overnemen, is het een aandachtspunt dat ook de kleinere regiogemeenten betrokken blijven

Circa 10 regio's ondervangen dit door medewerkers van meerdere gemeenten verantwoordelijk te maken voor een overlegtafel. In het grootste deel van de regio's is er één persoon die de komende maanden verder gaat waar de HLZ-regiosecretaris is gestopt. Omdat op veel plekken (nog) niet duidelijk is hoeveel tijd deze persoon beschikbaar krijgt om regie te voeren op de HLZ Transitietafel en Werkagenda en ook (nog) niet duidelijk is wie dit gaat betalen, is het een uitdaging om voldoende tijd en ruimte te vinden om alle regiogemeenten om tafel te houden. Dit geldt ook voor de relatie met de zorgverzekeraars die zich van oudsher vaak richten op de centrum- of convenantgemeenten. Aandachtspunt is dat de kleinere regiogemeenten zich ook na het vertrek van de externe HLZ-regiosecretaris voldoende vertegenwoordigd voelen aan de HLZ Transitietafel.

6 Conclusies en beschouwing

6.1 Inleiding

In maart/april 2014 maakte het Ondersteuningsprogramma regionale samenwerking HLZ in opdracht van VWS, VNG en ZN een ronde langs de Wmo-regio's om een beeld te krijgen van de mate waarin gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, cliënten(organisaties) en andere belanghebbenden samenwerkten rond de landelijke werkafspraken HLZ. Belangrijkste conclusies: deze samenwerking was er slechts in een handjevol regio's en het overgrote deel van de gemeenten gaf aan niet de capaciteit te hebben om de landelijke werkafspraken HLZ in 2014 in regioverband met belanghebbende partners te bespreken.

Deze conclusies waren mede aanleiding voor VWS, VNG en ZN om externe financiering voor de inzet van HLZ-regiosecretarissen beschikbaar te stellen. Op één regio na, zijn in alle regio's HLZ-regiosecretarissen aan de slag gegaan om regie te voeren op het overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de inkoop van de niet-toewijsbare wijkverpleging en de HLZ Transitietafel met gemeenten, zorgverzekeraars, aanbieders, cliënten en andere partners. Iets meer dan een jaar later is het beeld over de regionale samenwerking HLZ flink veranderd.

In dit hoofdstuk worden, op basis van de analyse uit voorgaande hoofdstukken, de belangrijkste conclusies, aandachtspunten en uitdagingen samengevat.

6.2 Tot stand komen regionale samenwerking HLZ

Regionale samenwerking HLZ is volgens de opdracht uit de landelijke werkafspraken HLZ vooral beleidsmatig ingestoken: in een regio (schaal) bespreken gemeenten, zorgverzekeraar, zorgaanbieders, cliënten en andere partijen (overlegpartners) aan een HLZ Transitietafel (overlegvorm) samen de scharnierpunten uit de landelijke werkafspraken HLZ (agenda).

Een jaar na het tot stand komen van de landelijke werkafspraken HLZ kan worden geconstateerd dat in ongeveer een kwart van de regio's betrokken partijen er nog niet aan toe gekomen zijn om met elkaar het gesprek over de werkafspraken en scharnierpunten te hebben. Om met verschillende partners – met verschillende belangen – na te kunnen denken over beleidsmatige thema's, is het een voorwaarde dat partners elkaar kennen, dat ze een gezamenlijk beeld hebben van de ontwikkelopgaven en veranderstrategie en dat zowel gemeenten, zorgverzekeraars als zorgaanbieders in de positie zijn om daadwerkelijk te willen en kunnen veranderen. Zeker de helft van de regio's heeft het afgelopen jaar nodig gehad om te werken aan deze randvoorwaarden. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben kennis met elkaar gemaakt en geprobeerd elkaars taal te begrijpen. Gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders hebben nagedacht over de meerwaarde van samenwerking bij de hervorming langdurige zorg. En gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders hebben elkaar moeten opzoeken om de hervorming langdurige zorg in het algemeen en de landelijke werkafspraken HLZ in het bijzonder als een gezamenlijke opgave te zien. In deze regio's is pas recent aan deze randvoorwaarden voldaan. Echt invulling geven aan de landelijke werkafspraken HLZ komt in deze regio's dan ook vanaf nu serieus op de agenda.

Vanuit gemeentelijk oogpunt kan sprake zijn van spanning tussen het lokale karakter van de implementatie van de Wmo en de noodzaak tot regionale samenwerking bij de hervorming langdurige zorg. Zorgverzekeraars hebben vooral belang bij het realiseren van gezond volume en de prikkel hierbij zit vooral op landelijk niveau in plaats van met afzonderlijke regio's afspraken te maken. Beide financiers moeten elkaar in het kader van de landelijke werkafspraken HLZ ergens in het midden – in regio's – vinden.

Om voor zorgverzekeraars een aantrekkelijke samenwerkingspartner te zijn is het belangrijk dat gemeenten binnen een regio gezamenlijk optrekken, dezelfde doelen voor ogen hebben, één of een beperkt aantal gemeenten het mandaat geven om namens alle gemeenten met de zorgverzekeraar om tafel te gaan en een duidelijk beeld hebben van de transformatie-opgaven. In zeker een kwart van de regio's is de samenwerking tussen gemeenten onderling het afgelopen jaar moeizaam of helemaal niet van de grond gekomen. Ongeveer een kwart van de regio's waar de samenwerking tussen gemeenten onderling in het afgelopen jaar wel van de grond is gekomen, geeft aan dat deze samenwerking in de (nabije) toekomst onder druk kan komen te staan. Herbezinning van gemeenten – vooral de centrumgemeente – op de meerwaarde van regionale samenwerking en het vertrek van de externe, onafhankelijke HLZ-regiosecretaris zijn hiervan de belangrijkste redenen.

Aandachtspunten zijn:

- De representatie van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere partijen: is het voor deze partijen mogelijk en zijn zij bereid om bij een toenemend aantal (sub-)regionale of gemeentelijke overlegtafels aan te schuiven?
- De betrokkenheid van kleinere gemeenten: zorgverzekeraars werken over het algemeen al samen met grotere gemeenten. Als er geen sprake is van regionale samenwerking, blijven kleinere gemeenten dan voldoende aangehaakt en voldoende aan tafel over de landelijke werkafspraken HLZ? Het is zeker geen voorwaarde dat alle kleine gemeenten actief betrokken zijn bij de Transitietafel HLZ. Sterker nog, het is begrijpelijk dat kleine gemeenten bepaalde taken, zoals het bespreken van de landelijke werkafspraken HLZ overlaten aan de grote centrumgemeente. Aandachtspunt is wel dat gemeenten onderling afstemmen wie betrokken is bij de gesprekken over de werkafspraken en welk mandaat wordt gegeven aan de gemeente die bij de HLZ Transitietafel vertegenwoordigd is.

6.3 Resultaten regionale samenwerking HLZ en HLZ Transitietafel

In iets meer dan een jaar is het beeld dat kan worden geschetst over de regionale samenwerking HLZ flink veranderd. In alle regio's is de wijkverpleging op tijd ingekocht. In bijna alle regio's is een inventarisatie gemaakt van de belangrijkste vraagstukken op het gebied van HLZ. In meer dan de helft van de regio's is er een HLZ Transitietafel. En in meer dan de helft van de regio's ligt er een vastgestelde HLZ Werkagenda waarin de bespreekpunten en ambities voor de komende tijd staan beschreven.

In zeker drie kwart van de regio's zijn één of meerdere thema's uit de landelijke werkafspraken HLZ geagendeerd bij de HLZ Transitietafel. Ongeveer de helft van deze regio's geeft aan dat de landelijke werkafspraken HLZ met bijbehorende scharnierpunten hebben bijgedragen aan bewuste agendering van thema's als herstructurering vastgoed, beperken fricties arbeidsmarkt en voorkomen administratieve lasten. De facilitering door een HLZ-regiosecretaris heeft hier merkbaar aan bijgedragen. In het overige kwart is er (nog) geen vastgestelde HLZ Werkagenda of overlegvorm waarin deze thema's zijn geagendeerd. Dit betekent niet per definitie dat de scharnierpunten helemaal niet worden

besproken in de regio. Veelal is er wel enige vorm van overleg tussen de centrumgemeente en zorgverzekeraar over deze thema's, alleen is dit overleg niet gestructureerd en zijn andere partijen – zoals zorgaanbieders en cliënten – nauwelijks betrokken.
Het afgelopen jaar stonden overleggen in veel regio's vooral in het teken van het zo goed mogelijk inregelen van nieuwe taken: bewust, maar vaker onbewust stond hierdoor het scharnierpunt 'continuïteit van zorg en ondersteuning' op de agenda. Daarnaast is veel tijd besteed aan de onderlinge samenwerking tussen gemeenten en vervolgens tussen de gemeenten en de zorgverzekeraar. Hierdoor kon in veel regio's weinig aandacht besteed worden aan zorgvernieuwing of transformatie.

Veel regio's lijken pas nu – halverwege 2015 – toe te komen aan het nadenken over nieuwe vormen van zorginkoop, inzet wijkverpleegkundigen, samenwerking wijkteams en huisartsen en indiceren. Grofweg in de helft van de regio's is al zichtbaar een begin gemaakt met het uitwerken van deze thema's, in een kwart staat dit geagendeerd voor de tweede helft van 2015. Ook zijn in iets minder dan de helft van de regio's de zorgaanbieders, cliënten en andere partijen nog niet of pas sinds kort actief betrokken bij de HLZ Transitietafel. Dit leidt er ook toe dat deze partijen moeten worden betrokken bij de regionale vertaling van de landelijke werkafspraken HLZ in de regionale HLZ Werkagenda.

Aandachtspunten zijn:

- Zorgaanbieders, cliënten(organisaties) en andere partners hebben verschillende belangen. Het is een uitdaging om vanuit deze verschillende belangen op constructieve wijze in gesprek te gaan en te blijven over de landelijke werkafspraken HLZ.
- In veel regio's hebben de externe HLZ-regiosecretarissen merkbaar bijgedragen aan de bereikte resultaten met betrekking tot de regionale samenwerking HLZ. De meeste HLZ-regiosecretarissen hebben hun werkzaamheden op 30 juni 2015 beëindigd. Deze werkzaamheden zijn vanaf die datum bijna overal door een medewerker van één van de gemeenten – veelal de centrumgemeente – overgenomen. Dit is in bijna de helft van de regio's niet afgestemd met de zorgverzekeraars. Deze gemeenten trekken de regie van de landelijke werkafspraken HLZ naar zich toe, vooral omdat zorgverzekeraars in de meeste regio's niet bereid zijn om mee te financieren. Waar het afgelopen jaar in het grootste deel van de regio's sprake was van een gezamenlijke opdrachtformulering vanuit gemeenten en zorgverzekeraars aan de HLZ-regiosecretaris, lijkt dit de komende tijd vooral vanuit gemeenten te komen. Aangezien gemeenten één van de belanghebbenden aan de HLZ Transitietafel zijn, is het van belang dat deze functionarissen zo onafhankelijk en procesgericht mogelijk blijven werken.

6.4 Toekomst regionale samenwerking HLZ

Het afgelopen jaar is veel opgebouwd aan structuren en veel opgeschreven aan ambities en werkagenda's. Het wordt een uitdaging voor alle regio's om nu invulling te geven aan deze ambities en uitvoering te geven aan de werkagenda's. Aangezien de landelijke werkafspraken HLZ in maart 2014 tot stand zijn gekomen met een looptijd tot en met 2016, is er nog ruim de tijd om deze vervolgslag te maken.

Aandachtspunten zijn:

- In regio's die zich kenmerken door een historisch sterk samenwerkingsverband, zowel tussen gemeenten onderling als tussen gemeenten en zorgverzekeraar, of in regio's waar in de afgelopen maanden een duurzame samenwerkingsstructuur is opgebouwd in de vorm van een HLZ Transitietafel zullen deze samenwerkingsstructuur en de opgebouwde samenwerkingsrelatie waarschijnlijk voldoende waarborg zijn om de uitvoering van de

werkagenda tot een goed einde te brengen. In regio's waar de samenwerking nog pril is en de opgebouwde structuur broos, kunnen de verschillende belangen die opspelen bij de uitvoering van de HLZ Werkagenda de samenwerking onder druk zetten.

- De samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het gebied van zorgvernieuwing wordt nu pas handen en voeten gegeven. Uit veel regio's komen signalen dat de vernieuwingskracht van zorgaanbieders achterblijft.

6.5 Resultaten ondersteuning regionale samenwerking HLZ

De keuze van VWS, VNG en ZN om externe financiering voor de inzet van HLZ-regiosecretarissen beschikbaar te stellen, heeft merkbaar bijgedragen aan het regionaal bespreken van thema's uit de landelijke werkafspraken HLZ. Maar deze samenwerking zou niet afhankelijk moeten blijven van een extern gefinancierde HLZ-regiosecretaris. Het is vooral belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars eerst met elkaar een beeld hebben van de meerwaarde van regionale samenwerking HLZ. Pas daarna komt de vraag aan de orde in hoeverre voortzetting van de functie HLZ-regiosecretaris wenselijk is en hoe dit binnen de regio wordt georganiseerd. Dat in zeker de helft van de regio's de borging van de werkzaamheden van de HLZ-regiosecretaris is belegd bij een medewerker van een gemeente – veelal een centrumgemeente – zonder dit af te stemmen met de zorgverzekeraar, lijkt hieraan voorbij te gaan.

De uitwisseling van kennis en ervaringen tijdens regionale bijeenkomsten die op initiatief van VWS, VNG en ZN zijn georganiseerd, heeft volgens de meeste HLZ-regiosecretarissen een duidelijke meerwaarde gehad. Met het oog op de daadwerkelijke uitvoering van de transformatie-opgaven en het vaart maken met de HLZ Transitietafel, geven zowel de HLZ-regiosecretarissen als de gemeentelijke contactpersonen mee dat het belangrijk is dat VWS, VNG en ZN dit netwerk – onder andere door periodieke bijeenkomsten – blijven onderhouden.

6.6 Tot slot

Overall zien we een aantal factoren die in de regio's hebben bijgedragen aan het tot stand komen van een effectieve regionale samenwerking op het gebied van HLZ:

- *Gemeenten werken al langer samen in een samenwerkingsverband, al dan niet vastgelegd in een gemeenschappelijke regeling.* We zien dat deze regio's in vergelijking met regio's waar geen of minder sprake is van een bestaande samenwerkingsstructuur, meer bereid en beter in staat waren om de landelijke werkafspraken HLZ gezamenlijk op te pakken.
- *Gemeenten en zorgverzekeraar hebben al langer een convenant* . Hierdoor wordt al langere tijd op diverse thema's samengewerkt, kent men elkaar, wordt elkaars taal al meer begrepen en waren de landelijke werkafspraken HLZ niet de eerste aanleiding om elkaar actief op te zoeken.
- *In een regio is zowel vanuit gemeenten, zorgverzekeraar en overige partners een vertegenwoordiging georganiseerd die deelneemt aan de regionale overleggen over de landelijke werkafspraken HLZ.* Als deze vertegenwoordiger voldoende mandaat heeft gekregen om het gesprek te voeren over de ontwikkelopgaven met betrekking tot HLZ – of in staat is om dit mandaat op effectieve wijze te organiseren – kunnen ook echt stappen worden gezet.
- *Zorgverzekeraars die een regionale focus hebben, zitten al langere tijd met gemeenten – en aanbieders – om tafel waardoor de landelijke werkafspraken HLZ effectiever konden worden opgepakt.* Ook daar waar de zorgverzekeraar nog niet van oudsher een regionale focus had, maar het afgelopen jaar bereid was om aan te sluiten bij de schaal van de regionale samenwerking HLZ, zijn effectieve stappen gezet.

- *Gemeenten, zorgverzekeraars – en overige partners, waaronder aanbieders en cliënten – hebben in de regio een gezamenlijk beeld van de opgaven met betrekking tot zowel de transitie als de transformatie van de langdurige zorg.* Door dit gezamenlijke beeld konden ook de opgaven uit de landelijke werkafspraken HLZ gezamenlijk worden opgepakt.

  Wat in de ene regio effectief is – bijvoorbeeld een gemeenschappelijke regeling of een convenant – is niet per definitie in een andere regio werkbaar. Het in regioverband bespreken van de landelijke werkafspraken HLZ moet daarom ook niet worden gezocht in generiek toepasbare structuren. Wel is het belangrijk dat niet alleen door de regio's, maar ook door landelijke partijen – waaronder VWS, VNG en ZN – blijvend wordt nagedacht over de ambities en condities waarin de landelijke werkafspraken HLZ in de regio's moeten worden opgepakt. Dit zou kunnen door het gezamenlijk ontwikkelen van een focuslijst van onderwerpen die volgens de landelijke partijen in de regio's besproken moeten worden. Het gaat hierbij om een concretisering en actualisering van de landelijke werkafspraken HLZ waarbij door de landelijke partijen wordt uitgewerkt *wat* ten minste in de regio's moet worden besproken, om vervolgens het *hoe* over te laten aan de samenwerkende partijen in de regio's.

  De landelijke werkafspraken HLZ hebben een looptijd tot en met 2016. Het is belangrijk dat alle landelijke partijen elkaar in die periode in de Cockpit HLZ blijven ontmoeten om de uitvoering van de landelijke werkafspraken HLZ en eventuele knelpunten die zich hierbij voordoen, te bespreken. Met het oog hierop verdient het ook aanbeveling om vanuit de landelijke partijen het contact met het netwerk van regionale contactpersonen HLZ te onderhouden. In meer dan de helft van de regio's zijn deze contactpersonen recent gewijzigd door het vertrek van de externe HLZ-regiosecretaris. Naast een landelijk platform waar signalen uit de regio's kunnen worden geagendeerd – de Cockpit HLZ – is het ook belangrijk dat de regionale contactpersonen HLZ elkaar periodiek – bijvoorbeeld 3 keer per jaar – kunnen ontmoeten om kennis en ervaringen uit te wisselen.

Bijlage – Overzicht HLZ-regio's

In onderstaand overzicht staan de oorspronkelijke 43 Wmo-regio's. In een aantal regio's is vorig jaar besloten om de landelijke werkafspraken HLZ op een andere schaal op te pakken. Hierdoor is sprake van meerdere HLZ-regio's.

Wmo-Regio	HLZ-regio	Gemeenten
Achterhoek		Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oost Gelre, Oude IJsselstreek, Winterswijk
Alblasserwaard-Vijfheerenlanden		Giessenlanden, Gorinchem, Hardinxveld-Giessendam, Leerdam, Molenwaard, Zederik
Amsterdam-Amstelland	Amsterdam	Amsterdam, Diemen
	Amstelland	Aalsmeer, Amstelveen, Ouder-Amstel, Uithoorn
Drechtsteden		Alblasserdam, Dordrecht, Hendrik-Ido-Ambacht, Papendrecht, Sliedrecht, Zwijndrecht
Drenthe	Zuid-West Drenthe	Hoogeveen, De Wolden. Meppel, Westerveld (beide oriëntatie op regio IJsselland)
	Zuid-Oost Drenthe	Borger-Odoorn, Coevorden, Emmen
	Noord-Midden Drenthe	Assen, Noordenveld, Tynaarlo, Aa en Hunze, Midden-Drenthe
Eemland		Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Leusden, Nijkerk, Soest, Woudenberg
Flevoland		Almere, Dronten, Lelystad, Noordoostpolder, Urk
Food Valley		Barneveld, Ede, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Veenendaal.
Friesland		Achtkarspelen, Ameland, Boarnsterhim, Dantumadiel, Dongeradeel, Ferwerderadiel, Franekeradeel, Gaasterlân-Sleat, Harlingen, Heerenveen, het Bildt, Kollumerland en Nieuwkruisland, Leeuwarden, Leeuwarderadeel, Lemsterland, Littenseradiel, Menameradiel, Ooststellingwerf, Opsterland, Schiermonnikoog, Skarsterlân, Smallingerland, Súdwest Fryslân, Terschelling, Tytsjerksteradiel, Vlieland, Weststellingwerf
Gooi- en Vechtstreek		Blaricum, Bussum, Eemnes, Hilversum, Huizen, Laren, Muiden, Naarden. (Eventueel aansluiting door Stichtse Vecht , Weesp, Wijdemeren)
Groningen		Appingedam, Bedum, Bellingwedde, De Marne, Delfzijl, Eemsmond, Groningen, Grootegast, Haren, Hoogezand-Sappemeer, Leek, Loppersum, Marum, Menterwolde, Oldambt, Pekela, Slochteren, Stadskanaal, Ten Boer, Veendam, Vlagtwedde, Winsum, Zuidhorn
Haarlemmermeer	In samenwerking met Amstelland	Haarlemmermeer
Hoeksche Waard		Binnenmaas, Cromstrijen, Korendijk, Oud-Beijerland, Strijen
Holland-Rijnland		Alphen aan den Rijn, Hillegom, Kaag en Braassem, Katwijk, Leiden, Leiderdorp, Lisse,

Wmo-Regio	HLZ-regio	Gemeenten
		Nieuwkoop, Noordwijk, Noordwijkerhout, Oegstgeest, Teylingen, Voorschoten, Zoeterwoude
IJsselland	Salland	Deventer, Raalte, Olst-Wije
	IJsselvecht	Zwolle, Staphorst, Zwartewaterland, Ommen-Hardenberg, Kampen, Steenwijkerland, Dalfsen
Kop van Noord-Holland		Den Helder, Hollands Kroon, Schagen, Texel
Lekstroom		Houten, IJsselstein, Lopik, Nieuwegein, Vianen
Midden-Brabant		Dongen, Gilze en Rijen, Goirle, Heusden, Hilvarenbeek, Loon op Zand, Oisterwijk, Tilburg, Waalwijk
Midden-Holland		Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Krimpenerwaard, Waddinxveen, Zuidplas
Midden-IJssel / Oost-Veluwe		Apeldoorn, Brummen, Epe, Hattem, Heerde, Lochem, Voorst[6], Zutphen
Midden-Kennemerland (IJmond)		Beverwijk, Heemskerk, Velsen
Midden-Limburg		Echt-Susteren, Leudal, Maasgouw, Nederweert, Roerdalen, Roermond, Weert
Noord-Limburg		Peel en Maas, Venlo, Horst aan de Maas, Venray, Bergen, Gennep, Beesel
Noord-Oost Brabant	Meierij	's Hertogenbosch, Vught, Sint-Michielsgestel, Haaren, Boxtel, Schijndel, Sint-Oedenrode
	Oost	Bernheze, Boekel, Boxmeer, Cuijk, Grave, Landerd, Mill en Sint Hubert, Oss, Sint Anthonis, Uden, Veghel,
Noord Veluwe		Elburg, Ermelo, Harderwijk, Nunspeet, Oldebroek, Putten, Zeewolde
Peelregio		Asten, Deurne, Gemert-Bakel, Helmond, Laarbeek, Someren
Regio Alkmaar / Noord-Kennemerland		Alkmaar, Bergen (NH), Castricum, Heerhugowaard, Heiloo, Langedijk, Uitgeest
Regio Arnhem		Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rijnwaarden, Rozendaal, Westervoort, Zevenaar, Wageningen
Regio Nijmegen		Beuningen, Druten, Groesbeek, Heumen, Mook en Middelaar, Nijmegen, Wijchen
Rivierenland		Buren, Culemborg, Geldermalsen, Lingewaal, Maasdriel, Neder-Betuwe, Neerijnen, Tiel, West Maas en Waal, Zaltbommel
Stadsregio Haaglanden	H6+1	's-Gravenhage, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer

[6] Eno / Salland verzekeringen koopt de wijkverpleegkundige zorg in voor Voorst.

Wmo-Regio	HLZ-regio	Gemeenten
	H4	Delft, Midden-Delfland, Rijswijk, Westland, Pijnacker-Nootdorp, Lansingerland
Stadsregio Rijnmond	BAR	Barendrecht, Albrandswaard, Ridderkerk
	Voorne-Putten en Goeree-Overflakkee	Brielle, Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Nissewaard, Westvoorne
	Rotterdam Capelle a/d IJssel en Krimpen a/d IJssel	Rotterdam, Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel
	MVS	Maassluis, Vlaardingen, Schiedam
Twente		Almelo, Borne, Dinkelland, Enschede, Haaksbergen, Hellendoorn, Hengelo (O), Hof van Twente, Losser, Oldenzaal, Rijssen-Holten, Tubbergen, Twenterand, Wierden
Utrecht Stad		Utrecht
Utrecht-West		De Ronde Venen, Montfoort, Oudewater, Woerden. Stichtse Vecht, Weesp, Wijdemeren (oriëntatie op Gooi- en Vechtstreek)
West-Brabant	Dongemond gemeenten	Aalburg, Werkendam, Woudrichem, Geertruidenberg, Drimmelen en Oosterhout
	Breda e.o.	Breda, Alphen-Chaam en Baarle-Nassau
	West	Etten-Leur, Roosendaal, Moerdijk, Halderberge, Zundert en Rucphen
	Brabantse Wal	Bergen op Zoom, Steenbergen en Woensdrecht
West-Friesland		Drechterland, Enkhuizen, Hoorn, Koggenland, Medemblik, Opmeer, Stede Broec
Zaanstreek-Waterland		Beemster, Edam-Volendam, Landsmeer, Oostzaan, Purmerend, Waterland, Wormerland, Zaanstad, Zeevang
Zeeland		Borsele, Goes, Hulst, Kapelle, Middelburg, Noord-Beveland, Reimerswaal, Schouwen-Duiveland, Sluis, Terneuzen, Tholen, Veere, Vlissingen
Zuid-Kennemerland		Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Heemstede, Zandvoort
Zuid-Limburg	Westelijke Mijnstreek	Sittard-Geleen, Stein, Beek, Schinnen
	Maastricht-Heuvelland	Meerssen, Maastricht, Valkenburg aan de Geul, Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Vaals
	Parkstad	Onderbanken, Brunssum, Nuth, Heerlen, Landgraaf, Voerendaal, Simpelveld, Kerkrade
Zuid-Oost Brabant	Eindhoven	Eindhoven
	A2	Cranendonck, Heeze-Leende en Valkenswaard
	Dommelvallei+	Geldrop-Mierlo, Nuenen, Son en Breugel en Waalre
	Kempen	Reusel de Mierden, Bladel, Eersel en Bergeijk
	Veldhoven, Best, Oirschot	Veldhoven, Best, Oirschot
Zuid-Oost Utrecht		Bunnik, De Bilt, Utrechtse Heuvelrug, Wijk bij Duurstede, Zeist