

# Gemeenten en zorgverzekeraars, wat kan je als raadslid hiermee?

**Over de zorg dichtbij. Hoe beïnvloed je het gezondheidsbeleid en verkleinen we gezondheidsverschillen? Hoe zorgen we dat de samenwerking tussen zorgverleners echt tot stand komt?**

## Inleiding

Lukt het om de zorg daadwerkelijk dichtbij en in de buurt te krijgen? Komen de preventieve activiteiten van de grond? Weet je hoe de samenwerking hierop met de zorgverzekeraar verloopt? En wat is de positie van de gemeenteraden geworden? Pakken colleges hun ruimte, verwijzen zij veelal naar 'dat is uitvoering' en vervullen zij op zeer summiere wijze hun informatieplicht in onder verwijzing naar de nota's die zijn vastgesteld als kader in 2013 en 2014?

Preventie is de eerste stap richting een gezonde samenleving. En voor raadsleden zijn daarom zowel de Wmo als het volksgezondheidsbeleid de basis om invloed uit te oefenen op het zorgbeleid van hun gemeenten.

De decentralisatie van de Wmo is voor de PvdA belangrijk. Ouderen willen graag vaak in hun eigen gemeente blijven wonen. Wij willen meer zeggenschap voor de professionals in de zorg, omdat we vinden dat de bureaucratie hun vakmanschap belemmert. Daarnaast zijn we voor meer maatwerk in de zorg, omdat niet elke zorgvraag en zorgbehoefte kan worden afgedaan met hetzelfde standaard antwoord. Tot slot willen we dat gemeenten en zorgverzekeraars meer doen aan preventie.

Wij jij ook aan de slag met preventie? Maak gebruik van onderstaande voorbeeldvragen en bijgevoegde voorbeeldmoties.

## Het Volksgezondheidsbeleid

Elke vier jaar wordt de volksgezondheid met de zogenaamde preventiecyclus uitgebreid in kaart gebracht door de Nederlandse overheid. Denk dan niet alleen aan cijfers over hoe vaak hart- en vaatziekten oorzaak zijn van sterfte, maar juist ook aan vragen op het gebied van gezond opgroeien van kinderen, overgewicht of sporten. Deze landelijke nota is het kader voor de gemeentelijke nota. Eenmaal per vier jaar stelt de gemeenteraad de gemeentelijke nota volksgezondheid vast als basis voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Hierin worden de verschillen binnen een gemeente benoemd, en hoe gezond de gemeente (en de verschillende dorpen of wijken binnen deze gemeente) in verhouding tot de regio en landelijk is.

De landelijke prioriteiten kunnen gemeenten aanknopingspunten bieden voor lokaal beleid. Dit gebeurt vaak nadat de GGD op basis van lokale epidemiologische gegevens (hoe vaak bepaalde ziektes in een gemeente voorkomen) advies heeft gegeven. Gemeenten bepalen zelf welke ambities en prioriteiten zij hebben. Dit gemeentelijk gezondheidsbeleid is dus de basis voor lokale keuzes en prioriteiten, zoals inzetten op preventie, en welke preventieve activiteiten specifiek gericht zijn op bepaalde doelgroep(en). Het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid is de basis van het preventiebeleid en daarmee raakt het direct het Wmo-beleid.

Sociaaleconomische verschillen hebben een directe relatie met gezondheidsverschillen, we spreken daarom vaak over sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Laagopgeleiden gaan gemiddeld zes jaar eerder dood dan hoger opgeleiden. Als je dan nog verder kijkt naar hoe mensen hun gezondheid ervaren, dan zijn de hoger opgeleiden veel beter af. Zij ervaren hun gezondheid gemiddeld 19 jaar langer als goed. De verwachting van het ministerie is dat deze verschillen eerder groter worden dan kleiner. Als PvdA vinden we dat onverteerbaar. Roken, overgewicht, weinig bewegen en ongezonde voeding zijn de belangrijkste oorzaken voor deze verschillen in levensverwachtingen. Maar er is ook een samenhang met het wel of niet hebben van werk en in welke wijk mensen wonen. Deze voorspellers voor een kortere levensverwachting hebben gevolgen voor het beroep wat gedaan gaat worden op de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en op de ondersteuning waarvoor de gemeente verantwoordelijk is.

Voor onze lokale politici is het dus belangrijk dat zij kennis hebben over hun eigen gemeente: hoe is de bevolking opgebouwd? Zijn er grote sociaaleconomische verschillen? Hoe verhouden de gemeentelijke cijfers zich tot de landelijke? En waar wordt gewerkt aan preventieve activiteiten?

Het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid is de basis om te komen tot een integrale aanpak binnen het sociaal domein.

### **Voorbeeld**

Stel in wijk x van gemeente y komt obesitas onder kinderen in de leeftijd van 2 tot 12 jaar in verhouding tot het landelijk gemiddelde 30% meer voor of er komen veel meer ouderen op de eerste hulp terecht na valincidenten. Wat betekent dat voor het volksgezondheidsbeleid van wijk x en gemeente y? En hoe vertaalt zich dit in het Wmo-beleid? Hoeveel mensen zijn laagopgeleid? Participeren zij op de arbeidsmarkt?

#### **Voorbeeld schriftelijke vragen**

*Wat doet het college momenteel allemaal aan preventie in de zorg? Zijn er bijvoorbeeld maatregelen getroffen als het gaat om onderwijs, voorlichting en aandacht voor de relatie tussen sociaaleconomische verschillen en gezondheid?*

*Op welke wijze en hoe vaak wordt de raad geïnformeerd over de resultaten van het beleid?*

*Wijkt onze gemeente af van de landelijke gemiddelden uit de landelijke nota gezondheidsbeleid?*

*Op welke onderdelen wijkt onze gemeente af?*

*Zijn deze afwijkingen in positieve of negatieve zin specifiek toe te delen aan specifieke wijken of doelgroepen?*

*Hoe zijn de onderlinge verhoudingen tussen de verschillende wijken binnen onze gemeente ten opzichte van het gemiddelde van onze gemeente (m.a.w. zijn er binnen onze gemeenten gebieden of wijken die afwijken van het gemeentelijke en/of landelijke gemiddelde?)?*

*Welke ambities en prioriteiten heeft het college bij het opnieuw vast te stellen volksgezondheidsbeleid?*

*Wie (gemeente of zorgverzekeraar) neemt hierbij welke risicogroep, bijbehorende activiteiten en kosten voor zijn rekening?*

## **Samenhang met de Wmo**

De Wmo is onderdeel van het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid. In het stuk *Wmo voor Dummies* hebben we op een eenvoudige manier de belangrijkste zaken rondom de Wmo beschreven. In dit stuk gaan we specifiek in op de positie van het wijkteam en de wijkverpleegkundige en de samenwerking met de zorgverzekeraar en de inzet op preventieve activiteiten als invulling van het lokaal gezondheidsbeleid.

## **Wmo en het wijkteam**

Veel gemeenten hebben een vorm van (sociaal) wijkteam ingericht om de samenwerking tussen de partners binnen de Wmo en/of de Jeugdzorg te organiseren. De modellen zijn verschillend. Er zijn grofweg drie varianten te onderscheiden:

- De vorming van een nieuwe organisatie zoals de coöperatie in Leeuwarden
- Het overlegnetwerk: de wijkteammedewerkers vormen een netwerk en vertegenwoordigen binnen het netwerk hun eigen organisatie en de expertise van die organisaties
- De netwerkorganisatie: de wijkteammedewerkers vormen een netwerk en functioneren zelfstandig binnen het netwerk zonder last en ruggespraak van hun moederorganisatie.

Belangrijk is dat een wijkteam verantwoordelijk is voor de indicering én de uitvoering van zorg en ondersteuning, en dat niet los van elkaar wordt georganiseerd. Eén van de beloften van de decentralisaties was voor de PvdA herstel van het vertrouwen in de professional. Veel professionals in de zorg hadden immers het gevoel vooral geld en tijd gestuurd te moeten werken: wie kent de verhalen van het uurtje factuurtje en 10 minuten voor het aantrekken van de steunkousen niet. Veel tijd ging zitten in registraties in plaats van in de contacten met de mensen die ondersteuning vroegen. Daarnaast waren er vaak teveel zorgverleners actief in een gezin zonder dat zij dit van elkaar wisten. Voor elk probleem was er een andere hulpverlener.

Wijkteams zouden hierop een antwoord moeten geven door te fungeren als verzamelplaats voor alle typen deskundigheid, het bij elkaar brengen en afstemmen van zorg en welzijn. Op die manier zou gewerkt kunnen worden volgens de uitgangspunten van 1 gezin, 1 plan, 1 zorgverlener en 1 budget. Daarnaast is het van belang om te weten of de medewerkers in het wijkteam nog verantwoordelijk zijn voor specifieke organisatiebelangen, zoals het behalen van omzettafels. Onze voorkeur heeft het om organisatiebelangen (zoals omzet- en continuïteitsverantwoordelijkheid) te scheiden van indicatie- en uitvoering.

Elk model heeft voor- en nadelen. Belangrijk is dat je toetst of het model het mogelijk maakt om te werken aan:

- 1 plan, 1 gezin, 1 hulpverlener, 1 budget
- Beperking van de bureaucratie
- Onafhankelijke indicatiestelling en cliëntenbescherming: institutionele belangen zijn onderliggend aan belangen van cliënten en medewerkers
- Vraaggericht en maatwerkgericht
- Ondersteunen en empoweren in plaats van helpen en pampieren
- Het kunnen bezien van problemen in samenhang met hun maatschappelijke context.

In een wijkteam werken generalisten. Dat wil niet zeggen dat er geen specialistische kennis is in het wijkteam, maar wel dat de van oorsprong ouderwerker ook naar een school kan als daar behoefte is aan schoolmaatschappelijk werk. Generalisten wil in dit verband vooral zeggen: problemen en hulpvragen bezien in hun maatschappelijke context en in samenhang met andere vormen van hulpvragen en ondersteuningsbehoefte. Je kunt nog zoveel hulp bieden tegen stotteren bij kinderen, maar als papa blijft drinken en slaan, gaat het stotteren niet over.

In het wijkteam zijn minimaal aanwezig: zorggeneralisten, generalisten op het gebied van individuele ondersteuning en hulpverlening, zoals de wijkverpleegkundige en generalisten op het gebied van samenlevingsopbouw. De gemeente is ook vertegenwoordigd. Wanneer deze nog niet ontschot werkt is dat de Wmo-consulent, medewerker W en I. Om het wijkteam zit een schil van specialisten. Denk aan verslavingszorg, de corporaties, middelbare scholen, wijkagent, specialistische zorg enz.

## De positie van de wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige zit, als het goed is, in het wijkteam. De wijkverpleegkundige komt bij de mensen thuis, heeft veel kennis over gezinnen, schakelt regelmatig met de medewerkers van het Centrum Jeugd en Gezin in en heeft een belangrijke signalerende functie. De wijkverpleegkundige bepaalt wat nodig is en wie de zorg verleent. Er is discussie of er een betaaltitel is voor de deelname van de wijkverpleegkundige in het wijkteam. De bekostiging gaat op basis van integrale zorgprestaties en van gemiddelde tarieven voor patiëntgroepen (bijv. palliatief, kwetsbare ouderen). Hierin is er ruimte voor 'schakelen', breder kijken dan zorgvraag. De wijkverpleegkundige (S1) legt de verbinding tussen het medisch en sociaal domein: schakelt, signaleert en informeert (dit zijn taken die niet specifiek aan een individu te koppelen zijn). Hij of zij onderhoudt de relaties met huisartsen, wijkteams en wijkverpleegkundigen en voert verpleegkundige taken uit die aan een individu te koppelen zijn (S2). In complexe situaties met een medische component is de wijkverpleegkundige regiehouder. Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige net als alle deelnemers binnen het sociaal netwerk een adviserende rol. Een wijkverpleegkundige moet kunnen indiceren. (in 2017 verdwijnt het onderscheid tussen S1 en S2.)

### **Voorbeeld schriftelijke vragen**

*Heeft de gemeente de wijkverpleegkundige taken voor deelname aan het wijkteam (S1) ingekocht om de plek in het wijkteam te borgen?*

## Indicatie, beschikking enz.

Een beschikking kan worden afgegeven na een beoordeling of iemand hulp nodig heeft en zoja welke hulp er dan precies nodig is. In een beschikking staat welke hulp je krijgt, voor hoeveel uren of het aantal dagdelen en wat de einddatum is. Een beschikking wordt afgegeven op basis van een indicatie door een zorgverlener of de gemeente. Niet elke gemeente geeft meer een beschikking af maar elke cliënt heeft wel het recht om een beschikking te vragen. In dat geval moet deze worden afgegeven. Als er een PGB wordt toegekend, gebeurt dat ook met een beschikking. Voor de zorg die onder de gemeente valt is er geen indicatie van het Bureau Jeugdzorg of CIZ meer nodig. Het wijkteam is vaak de toegang waar cliënten of iemand uit hun omgeving zich melden met een ondersteuningsvraag. Eén van de medewerkers gaat in gesprek met de cliënt en als de aanvraag wordt toegekend volgt er een beschikking waarin staat welke hulp en ondersteuning beschikbaar wordt gesteld. De precieze spelregels verschillen per gemeente. Voor de PvdA is het belangrijk dat de mogelijkheid voor individuele cliëntondersteuning geborgd is in elke gemeente. Wij vinden ook dat persoonlijk contact bij de aanvraag geborgd moet zijn.

### **Voorbeeld schriftelijke vragen**

*Heeft iedereen recht op persoonlijk contact bij de aanvraag van ondersteuning? Op welke manier worden cliënten hier op gewezen en hoe kunnen ze hier gebruik van maken?*

*Is de individuele cliëntondersteuning geborgd en hoe verloopt de toegang hiertoe?*

## Vervagen van beroepsgrenzen

In het wijkteam zijn verschillende disciplines vertegenwoordigd. Zorg, individuele ondersteuning en hulpverlening en samenlevingsopbouw zijn minimaal vertegenwoordigd. Er wordt wel gesproken over de 'T-shaped professional'. Hiermee worden generalisten aangeduid die domein overstijgend kunnen werken. De nieuwe hulpverlener weet niet alleen iets over ouderenwerk, maar kan de oudere in zijn of haar sociale context zien, de samenhang met andere problemen en weet de vraag achter de vraag te ontdekken. De generalisten in het wijkteam schakelen specialistische hulp in als zij dat nodig achten. Dit kan in de vorm van advisering aan de wijkteamleden of rechtstreeks als hulpverlener naar een cliënt.

Er zijn wijkteams die werken zonder dat bijvoorbeeld welzijn is vertegenwoordigd. Dit is niet handig. De samenhang zoals die wordt beoogd met 1 plan, 1 gezin, 1 hulpverlener en 1 budget is dan veel moeilijker te realiseren. Daarnaast heeft welzijn in de regel ook vaak veel kennis over de wijk en haar inwoners en die laat je dan onbenut. Verder zet je een onlogische knip tussen welzijn en hulpverlening waar je juist integraal wil werken.

## De samenwerking met de zorgverzekeraars

Hierover is nog steeds veel te doen. Voor de PvdA is het vanzelfsprekend dat de zorgverzekeraar aan tafel zit om mee te praten over het lokale gezondheidsbeleid. De maatschappelijke ondersteuning en de curatieve zorg liggen dicht bij elkaar. Gezamenlijke inzet op preventie kan voorkomen dat mensen een ondersteuningsbehoefte krijgen of een behoefte aan medische zorg. Bij grote afwijkingen, eenzijdigheid in leeftijdsopbouw, een opvallende zorgvraag en grote verschillen in gezondheidspositie helpt het enorm als gemeente en zorgverzekeraars samen optrekken.

De samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars is niet vanzelfsprekend. Er zijn gescheiden verantwoordelijkheden voor ondersteuning (gemeente) en medische zorg (zorgverzekeraars). Er wordt wel gezegd dat zorgverzekeraars minder gericht zijn op de lange termijn, omdat cliënten kunnen veranderen van verzekeraar. Preventieve activiteiten lonen echter vooral op de langere termijn, je bespaart immers kosten waarvan niet zeker is of ze zullen ontstaan. De aanpak van obesitas onder kinderen kan bijvoorbeeld voorkomen dat zij als volwassene op vroegtijdige leeftijd suikerziekte krijgen. Deze kinderen kunnen nu onder zorgverzekeraar a vallen en later als ze volwassen bij b verzekerd zijn. De zorgverzekeraar weet dus niet zeker dat zijn investering hem ook kosten bespaart. De maatschappij weet dit echter wel zeker. Samenwerking moet groeien.

Vanuit het ministerie worden daar verschillende dingen voor gedaan. Zo bestaat de mogelijkheid dat preventiecoalities – hierin maken gemeente en zorgverzekeraar(s) een gezamenlijk plan - cofinanciering kunnen aanvragen voor de ondersteuning van hun samenwerking.

Gemeenten hebben onder andere vanuit de Wmo en de Jeugdwet de taak om effectieve preventie interventies tot stand te brengen om de gezondheid te bevorderen. Gemeenten hebben een taak in de preventie gericht op alle inwoners en bij selectieve preventie voor specifieke risicogroepen. Zorgverzekeraars hebben een taak en rol bij preventie gericht op individuen. Dit zit in de basisverzekering. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars ook iets doen aan selectieve preventie via de aanvullende verzekering. Denk maar aan valpreventie voor ouderen of het stoppen met roken bij specifieke risicogroepen zoals diabetespatiënten. Als gemeente kun je hierop sturen bij het afsluiten van contracten voor de aanvullende zorgverzekering in het kader van het minimabeleid of je kunt aanbevelingen doen over bepaalde zorgverzekeraars (riskant). Zorgverzekeraars kunnen hiervoor ook eigen middelen inzetten, zij zijn dit niet verplicht maar mogen wel investeren in andere vormen van preventie dan alleen geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie.

In de praktijk blijkt tot nu toe dat preventieactiviteiten vaak nog afhankelijk zijn van de inzet van mensen die bereid zijn deze kar te trekken. Voorlopers dus. Hoe zit dit in jouw eigen gemeente?

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen nu al samen afspraken maken over welk deel van een specifieke risicogroep voor wiens verantwoordelijkheid komt.

#### **Voorbeeld schriftelijke vragen**

*Heeft het college afspraken gemaakt met zorgverzekeraars? Zo ja welke? Gaat het hierbij om inspanningsafspraken, of om resultaatafspraken?*

*Heeft het college hierbij extra maatregelen kunnen treffen (meer dan alleen de wettelijke verplichte) als het gaat om preventie?*

*Zijn er ook afspraken gemaakt over de rol van de wijkverpleegkundige? Zijn er ook middelen vrijgemaakt voor de kosten van de wijkverpleegkundige?*

*Mag de wijkverpleegkundige indiceren?*

## **De opbrengsten van preventieve activiteiten**

Stel je organiseert valpreventie voor ouderen. Je doet dit omdat er veel ouderen in een bepaald gebied wonen, ouderen minder mobiel zijn en vaker vallen. Je ziet dat terug in de statistieken van je eigen gemeente. Door valpreventie wordt het aantal botbreuken minder, en hoeft er minder gerevalideerd te worden. Zo kan de zorgverzekeraar met een relatief eenvoudig middel veel kosten besparen. De baten in het huidige systeem zijn volledig voor de zorgverzekeraar, tenzij je met de zorgverzekeraar hier afspraken over kunt maken en dit weer kunt investeren in andere preventieve activiteiten. Dit laatste staat nog in de kinderschoenen.

Maar is dat een reden om het niet te doen? Om er geen begin mee te maken? Voor elke gemeente zijn preventieve activiteiten gericht op specifieke doelgroepen altijd onderdeel van hun takenpakket. Het investeren in preventieve activiteiten past in de zorg voor de meest kwetsbaren, iets waar we als PvdA altijd voor hebben gestaan en voor staan. Zorgverzekeraars hebben hierin een verantwoordelijkheid als maatschappelijk ondernemers, die zich inzetten voor hun verzekerden, en hebben op termijn voordeel door een verwachte vermindering van de zorgbehoefte. Het ministerie faciliteert het sluiten van zogenaamde preventiecoalities om daarmee gezamenlijke plannen voor effectieve preventie activiteiten voor risicogroepen te realiseren van gemeenten en zorgverzekeraars. Hiervoor moeten op lokaal niveau gezondheidsrisico's en risicogroepen in beeld worden gebracht, welke activiteiten daarop passen, welke interventies er gewenst zijn en wie wat doet. Vanuit het ministerie is financiële ondersteuning mogelijk op basis van cofinanciering (1/3) en alleen voor die kosten die niet vallen onder de Jeugdwet, Wpg, Wmo of Zvw maar wel noodzakelijk zijn om het project van de grond te krijgen.

In de afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar moet ook worden afgesproken waar de eventuele besparingen (de opbrengst van de zogenaamde 'shared savings') naar toe gaan. Het geld dat bespaard wordt met de valpreventie kun je dan bijvoorbeeld inzetten voor extra mantelzorgondersteuning.

## Informatieplicht vanuit het college

Hoe geeft het college invulling aan de informatieplicht over de Wmo en het lokale gezondheidsbeleid? Beperkt zich dat tot het wachten op vragen hierover uit de raad? Informeert het college periodiek en proactief op afgesproken onderdelen? Of vindt het college dat de raad eenmaal per vier jaar het kader vaststelt en het verder uitvoering is? Als raadslid zou je minimaal geïnformeerd willen worden over:

- Wmo in samenhang met gemeentelijk volksgezondheidsbeleid: waarom en hoe?
- Wat zijn de verschillen binnen je gemeente en hoe verhouden deze zich tot landelijk en de regio? Volksgezondheidsbeleid is de basis voor vragen over preventie (en dus Wmo).
- Ontwikkelingen in de populatie
- Rol wijkteam, samenstelling, disciplines, relatie moederorganisaties en nieuwe manieren van werken. Oftewel welke rol speelt het wijkteam in jouw gemeente?
- Inzet wijkverpleegkundige
- Afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraars
- Ontwikkelingen in de ondersteuningsvragen en het aanbod
- Budgetten voor preventie

## Motievoorbeeld toegespitst op Den Haag

In Den Haag heeft de PvdA een motie ingediend om de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars te versterken en middelen vrij te maken voor preventieve doeleinden door het opzetten van een gemeentelijk fonds.  
[https://www.lokaalbestuur.nl/mijn\\_clb/moties\\_en\\_schriftelijke\\_vragen](https://www.lokaalbestuur.nl/mijn_clb/moties_en_schriftelijke_vragen)

### **Voorbeeld Motie Algemeen**

*Naar aanleiding van bovenstaande gestelde schriftelijke vragen (en antwoorden vanuit het college) is het mogelijk om een motie over het onderwerp in te dienen. Deze kan bijvoorbeeld extra druk leggen op de samenwerking van de gemeente en de zorgverzekeraars, meer aandacht voor preventie vragen, een integrale visie en beleid vragen als het gaat om gezondheidsbeleid en Wmo of het college verplichten tot pro-actievere communicatie richting de raad. Alle onderdelen komen in de motie aan bod. Per gemeente zal verschillen waar de nadruk op moet komen te liggen.  
[https://www.lokaalbestuur.nl/mijn\\_clb/moties\\_en\\_schriftelijke\\_vragen](https://www.lokaalbestuur.nl/mijn_clb/moties_en_schriftelijke_vragen)*

## Informatieve links

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/03/25/kamerbrief-over-preventie-in-het-zorgstelsel-van-goede-bedoelingen-naar-het-in-de-praktijk-ontwikkelen-van-resultaten>

<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/vng-en-stichting-van-de-arbeid-richten-wmo-kamer-op>

<http://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/gezondheidsmonitor-den-haag-2014.htm>

<https://denhaag.raadsinformatie.nl/document/3357642/2/rv145.2015.a>

Opstellers: Jacqueline Kalk en Mieke de Wit

Met dank aan Martijn Balster, Marga Jonkman en Agnes Wolbert voor hun bijdrage