

# Evaluatie en aanbevelingen inkoopproces wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg 2014

*door gemeenten, aanbieders  
en Menzis*

*6 maart 2015*



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding, achtergrond en samenvatting</b>	<b>4</b>
1.1	Samenvatting	4
1.2	Achtergrond	5
1.3	Doel en focus evaluatie	6
1.4	Betrokken partijen	6
1.5	Methode	7
1.6	Vervolgstappen	7
<b>2</b>	<b>Inkoopproces</b>	<b>8</b>
2.1	Gemeenten	8
2.1.1	Duidelijkheid proces	8
2.1.2	Tijd	8
2.2	Aanbieders	8
2.2.1	Duidelijkheid proces	8
2.2.2	Tijd	9
2.2.3	Na selectie	10
2.3	Menzis	10
<b>3</b>	<b>Inhoudelijke criteria</b>	<b>11</b>
3.1	Gemeenten	11
3.1.1	Context en visie niet-toewijsbare zorg	11
3.1.2	Informatie over aanbieders	12
3.1.3	Duidelijkheid over (en draagvlak voor) de inhoudelijke criteria	12
3.1.4	Onderbouwing van selectie aanbieders door Menzis	13
3.2	Aanbieders	13
3.2.1	Criteria	13
3.2.2	Informatie	13
3.2.3	Versnippering aanbieders	14
3.3	Menzis	14
<b>4</b>	<b>Communicatie</b>	<b>15</b>
4.1	Gemeenten	15
4.2	Aanbieders	15
4.3	Menzis	16
<b>5</b>	<b>Vervolgstappen na selectie</b>	<b>17</b>
5.1	Vervolgstappen gemeenten en aanbieders	17
5.1.1	Aanvullende inkoop niet-toewijsbare zorg	17
5.1.2	Regionale afstemming en bundeling fte	17
5.1.3	Afspraken over positionering wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg	18
<b>6</b>	<b>Aandachtspunten</b>	<b>19</b>
6.1	Onderscheid tussen toewijsbare en niet-toewijsbare zorg	19
6.2	Regio's	19
6.2.1	Regionale verschillen	19

6.2.2	Vertegenwoordiging regio door convenantgemeenten	21
<b>7</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>22</b>
7.1	Inkoopproces	22
7.1.1	Gemeenten	22
7.1.2	Aanbieders	22
7.2	Inhoudelijke criteria en informatie	22
7.3	Communicatie	23
7.4	Algemeen	23
7.4.1	Continuïteit van leerproces	23
	<b>Bijlage I - Vragenlijsten</b>	<b>24</b>
7.5	Vragenlijst (convenant- en regio)gemeenten	24
7.6	Vragenlijst aanbieders	25
7.7	Vragenlijst Menzis	25
	<b>Bijlage 2 - Betrokkenen evaluatie</b>	<b>27</b>

# 1 Inleiding, achtergrond en samenvatting

Vanaf halverwege 2014 heeft de inkoop plaatsgevonden van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg voor 2015. In dit document wordt dit inkoopproces geëvalueerd en worden aanbevelingen gedaan voor het inkoopproces van 2015, voor de niet-toewijsbare zorg van 2016. Op basis daarvan wordt door Menzis en gemeenten gekeken welke aanbevelingen vertaald kunnen worden naar nieuwe werkafspraken voor het inkoopproces.

## 1.1 Samenvatting

### Inkoopproces

- Betrokkenen geven bijna unaniem aan dat zij het waarderen dat het inkoopproces wordt geëvalueerd.
- Het inkoopproces van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg was voor zowel gemeenten, aanbieders, als Menzis nieuw. Dit betekent dat het op voorhand niet voor iedereen duidelijk was wat hoe de functie van de wijkverpleegkundige met niet-toewijsbare zorgtaken eruit moest zien en welke consequenties dat had en heeft voor de inkoop, het proces en de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokkenen.
- Gemeenten zien meerwaarde in het feit dat zij betrokken zijn bij het inkoopproces en hier invloed op uit kunnen oefenen. Zij hebben echter over het algemeen het idee niet veel invloed te hebben gehad op het inkoopproces.
- Aanbevelingen van gemeenten ten aanzien van het inkoopproces richten zich met name op helderheid over het proces, de reactietermijn voor het doorgeven van voorkeursaanbieders vanuit gemeenten en eerder duidelijkheid over welke aanbieders gecontracteerd zijn.
- Aanbieders geven aan dat voor hen het inkoopproces en de criteria wel duidelijk waren. Zij geven alleen aan meer tijd nodig te hebben voor het indienen van een voorstel. Vooral niet-geselecteerde aanbieders zijn niet tevreden over het inkoopproces. Bij hen was (en is) er onduidelijkheid over de tweetrap in het gunningsproces. Hen werd het leveren van niet-toewijsbare zorg 'voorlopig' gegund, waardoor zij ten onrechte dachten dat zij tot de definitief gecontracteerde partijen behoorden.

### Criteria en selectie van aanbieders

- In een aantal regio's heerst de opvatting dat aanbieders met het grootste marktaandeel in een gebied zijn geselecteerd. Zij hebben niet het idee dat de meest innovatieve aanbieders of aanbieders die het beste aansluiten bij de lokale context tot de geselecteerde aanbieders behoren.
- De exacte wijze van selecteren en de onderbouwing van de uiteindelijke keuze van aanbieders is niet transparant. Het is niet duidelijk waarom ogenschijnlijk dezelfde partijen al dan niet zijn geselecteerd. Een onderbouwing richting zowel aanbieders als gemeenten is dan ook gewenst.
- Verreweg de meeste gemeenten zijn tevreden met de gecontracteerde aanbieders, en zijn goed in staat om afspraken met hen te maken over de verbinding tussen het sociale en medische domein.
- Aanbevelingen van gemeenten ten aanzien van de inhoudelijke inkoopcriteria betreffen voornamelijk de behoefte aan meer informatie over de aanbieders om te komen tot een goede onderbouwing van hun voorkeur voor aanbieders. Ze willen graag meer informatie over de huidige aanbieders in hun gemeente, of ze zich hebben 'ingeschreven' om niet-toewijsbare zorg te mogen leveren en voldoen aan de gestelde criteria. En informatie over

hun marktaandeel. Daarnaast willen gemeenten graag meedenken met de vragen in de business case en inzage in de ingediende business cases.

- Aanbieders geven aan dat het hebben van een substantiële positie in een gebied van belang is en – net als gemeenten – dat versnippering onwenselijk is. Tegelijkertijd geven ze aan dat dit niet te koste mag gaan van kleinere, lokale partijen die goed aansluiten op de lokale context.

#### Communicatie

- Wensen vanuit gemeenten ten aanzien van communicatie richten zich op meer duidelijkheid en informatie over het proces en de geselecteerde aanbieders (ook tussentijds) en een onderbouwing waarom aanbieders al dan niet zijn geselecteerd.
- Aanbieders geven aan wel tevreden te zijn over de communicatie rondom het inkoopproces, maar eerder en gelijktijdig relevante stukken voor het schrijven van het voorstel te willen ontvangen.
- Er zijn regionale verschillen in de manier waarop de betrokkenheid van gemeenten bij het inkoopproces vorm heeft gekregen. Het verdient de voorkeur om hier één lijn in te trekken. Eén centraal/regionaal aanspreekpunt vanuit Menzis is daarbij wenselijk. Er moeten echter wel regionale verschillen in proces mogelijk zijn, zodat recht wordt gedaan aan de regionale situatie. Mits binnen de een regio wel duidelijkheid en eenduidigheid bestaat.

#### Vervolgstappen gemeenten en aanbieders

- Elke gemeente heeft op eigen wijze vervolgstappen gezet na gunning. Door een aantal gemeente is er voor gekozen om samen met de geselecteerde aanbieders rond de tafel te zitten om de aanbieders in samenspraak te verdelen over de wijken van de stad, op basis van hun marktaandeel in wijk of de kenmerken van bewoners.
- Het proces waarbij afspraken worden gemaakt tussen aanbieders en gemeenten over de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en de verbinding met het lokale wijkteam is nog in volle gang.

## 1.2 Achtergrond

2015 is het eerste jaar waarin wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Voor dit jaar betrof het te verdelen bedrag voor de niet-toewijsbare zorg in de Zvw (landelijk) €40 miljoen. In beginsel is het streven geweest dat dit bedrag zal oplopen naar structureel €200 miljoen in 2017. In de komende jaren wordt het budget voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg dus vervijfvoudigd. Het evalueren van het inkoopproces is met het oog op de toekomst dan ook wenselijk.

De 'Werkagenda Samenwerking Menzis, gemeenten en regio's' heeft halverwege 2014 een capaciteitsverdeelmodel ontwikkeld voor de verdeling van de middelen over de gemeenten in de regio's. Ook zijn mogelijke scenario's gemaakt voor de inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg in relatie tot het (sociale) wijkteam en zijn Q&A's opgesteld over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

#### **Waarom gemeenten en Menzis samenwerken bij de inkoop van niet-toewijsbare zorg**

De aanspraak wijkverpleging stelt dat zorgaanbieders en gemeenten afspraken moeten maken over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.

Alhoewel Menzis uiteindelijk verantwoordelijk is voor de inkoop van zowel de niet-toewijsbare als toewijsbare zorg, wordt met gemeenten samengewerkt bij de inkoop van de niet-toewijsbare zorg. Doel is dat zij in gezamenlijkheid komen tot de beste aanbieder, die op een effectieve en efficiënte manier zorg kan dragen voor de lokale verbinding tussen zorg en ondersteuning.

### 1.3 Doel en focus evaluatie

Het doel van de evaluatie van het inkoopproces niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg is het evalueren van het inkoopproces van 2014 en op basis daarvan nieuwe werkafspraken maken voor 2015 (voor inkoop van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg van 2016).

Daarbij ligt de focus op de evaluatie van het proces *tot en met het moment van gunning*. Het proces rond de afspraken tussen gemeenten en aanbieders over positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg wordt ook meegenomen in de vorm van een inventarisatie. Dit kan echter nog niet geëvalueerd worden, omdat nog niet in elke gemeente afspraken zijn gemaakt met aanbieders over de positionering en er nog geen resultaten beschikbaar zijn. Wel is in deze evaluatie geïnventariseerd welke vervolgstappen gemeenten en aanbieders hebben gezet na gunning, zoals het proces rond de afspraken die zij maken over positionering. De effectiviteit van de inzet van wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, randvoorwaarden hiervoor en afspraken hierover tussen gemeenten en aanbieders worden meegenomen in de 'effectenanalyse wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg'.

Samengevat bestaat de evaluatie uit twee onderdelen:

1. *Evaluatie inkoopproces*
  - Proces
  - Inhoudelijke criteria en informatie
  - Communicatie
2. *Inventarisatie vervolgstappen gemeenten*
  - Samenwerking regio
  - Vervolgstappen
  - Afspraken gemeenten en aanbieders

### 1.4 Betrokken partijen

Niet alleen gemeenten en Menzis zijn bevroegd op hun ervaringen, ook de ervaringen van aanbieders zijn meegenomen. De betrokkenen bij de evaluatie zijn:

1. Convenant- en regiogemeenten: beleidsmedewerkers die betrokken zijn geweest bij het inkoopproces. Dit zijn de gemeenten Arnhem, Enschede, Groningen en de regio's Arnhem, Achterhoek, Twente en Groningen.
2. Menzis: afdeling inkoop, adviseurs gemeenten, regiomanagers
3. Aanbieders: minstens één gecontracteerde en één niet-gecontracteerde aanbieder per regio.

Voor elke regio is een geselecteerde en niet-geselecteerde aanbieder benaderd om input te leveren voor de evaluatie. In Twente zijn door de regio aanvullend nog enkele aanbieders benaderd. Verhoudingsgewijs hebben meer geselecteerde dan niet-geselecteerde aanbieders input geleverd. Dit kan een gekleurd beeld geven, omdat aanbieders die geselecteerd zijn vermoedelijk tevredener zijn over het gehele inkoopproces en de criteria dan aanbieders die niet-geselecteerd zijn. Zie bijlage 2 voor een overzicht van de betrokken aanbieders en gemeenten.

### **1.5 Methode**

Voor de evaluatie is in gezamenlijkheid met convenantgemeenten en Menzis een plan van aanpak gemaakt. De evaluatie is vervolgens uitgevoerd aan de hand van vragenlijsten (zie bijlage I). Deze vragen zijn door gemeenten en aanbieders schriftelijk ingevuld of besproken tijdens een individueel telefoongesprek of tijdens regionale overleggen. Een groot aantal gemeenten heeft zowel tijdens een regionale bijeenkomst input geleverd, als schriftelijk gereageerd. Op Groningen na is tijdens alle regionale overleggen in gezamenlijkheid het inkoopproces geëvalueerd.

### **1.6 Vervolgstappen**

Deze evaluatie en de aanbevelingen voor werkafspraken dienen uiterlijk begin maart 2015 afgerond te zijn, zodat Menzis de aanbevelingen mee kan nemen in het nieuwe inkoopbeleid voor 2016. De contouren voor het inkoopbeleid dienen op 1 april gereed te zijn. Op basis van deze evaluatie en aanbevelingen worden werkafspraken gemaakt tussen Menzis en gemeenten. Deze afspraken worden besproken in de werkgroep wijkverpleegkundige en de projectgroep in maart.

De komende maanden zal meer duidelijk worden over het landelijke beleid (mede bepaald door VWS en de Nza) rond de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg van volgend jaar.

## 2 Inkoopproces

De evaluatie van het inkoopproces richt zich op informatie over het inkoopproces, de benodigde tijd voor het indienen van voorstellen door aanbieders en het doorgeven van voorkeuren voor aanbieders door gemeenten en informatie over de vervolgstappen na gunning.

### 2.1 Gemeenten

#### 2.1.1 Duidelijkheid proces

Gemeenten geven aan dat zij het prettig vinden betrokken te zijn geweest bij het inkoopproces. Zij geven echter wel aan (vooraf) niet goed zicht te hebben gehad op de inrichting van het gehele inkoopproces. Zij hebben veelal het idee dat ze niet voldoende invloed hebben kunnen uitoefenen op het inkoopproces. Een duidelijk plan met fasering en rolverdeling is wenselijk. Welke stappen worden doorlopen? Wanneer kan wat verwacht worden? Waar in het proces stapt de gemeente in en hoeveel invloed heeft deze op het keuzeproces?

#### 2.1.2 Tijd

Gemeenten hebben daarnaast behoefte aan meer tijd om tot een goed onderbouwde voorkeur voor aanbieders te komen, dat intern (oa. met bestuurders) is afgestemd. Het benodigde tijdsbestek dat wordt genoemd voor deze interne afstemming is 2 tot 4 weken. Het voorstel is om twee adviesstappen in het proces op te nemen:

*Stap 1:*

Voorkeur aangeven ten aanzien van de lijst van aanbieders die voldoen aan de selectiecriteria van Menzis.

*Stap 2:*

Op basis van geselecteerde aanbieders en de verdeling van budgetten daarover, aangeven wat de ideale spreiding/verdeling is over deze aanbieders.

Een aantal gemeenten zou het liefst al eerder willen starten met het inkoopproces, zodat zij meer tijd hebben om vóór 1 januari afspraken tussen gemeente en aanbieder te hebben afgerond. Een andere mogelijkheid is dat eerder bekend wordt gemaakt welke aanbieders zijn gecontracteerd. Gemeenten noemen 1 november als gewenste datum voor de bekendmaking van de geselecteerde aanbieders.

### 2.2 Aanbieders

#### 2.2.1 Duidelijkheid proces

Aanbieders wijken in hun mening af van wat gemeenten zeggen over het inkoopproces. Zij geven bijna allemaal aan dat het inkoopdocument van Menzis helderheid bood over het inkoopproces en de te doorlopen stappen. De processtappen zijn door vrijwel alle geselecteerde aanbieders naar tevredenheid doorlopen en hier is niet vanaf geweken. Er worden twee voorbeelden – door niet geselecteerde aanbieders – genoemd waarin is afgeweken van wat eerder was aangekondigd of waarover onduidelijkheid was. In de eerste plaats zou een inschrijfformat gepubliceerd worden, later is dit vervangen door de inschrijving via een webapplicatie. Daarnaast geeft een aanbieder aan dat de laatste



processtappen niet zijn doorlopen. In het proces was opgenomen dat aanbieders na indiening van de business case een uitnodiging zouden ontvangen om het toe te lichten. Hierna zou een besluit worden genomen over welke aanbieders de niet-toewijsbare zorg toegewezen zouden krijgen. Deze aanbieder geeft aan geen uitnodiging te hebben ontvangen en ook geen inhoudelijke reactie te hebben gekregen bij navraag. De aanbieder geeft aan graag terugkoppeling over de ingeleverde business case te willen, maar bij voorkeur in gesprek te willen met Menzis tijdens het inkoopproces.

Belangrijkste onduidelijkheid in het proces is dat er op twee momenten een selectie-moment plaatsvindt. In de eerste plaats wordt gekeken welke aanbieders voldoen aan de selectiecriteria. Sommige aanbieders hebben tussentijds bericht gekregen of ze op basis van deze eerste inventarisatie al dan niet voorlopig 'door' waren. Veel van deze aanbieders waren daarmee in de veronderstelling dat zij definitief geselecteerd waren. Voor hen was het niet duidelijk dat er nog een tweede ronde plaatsvond, waarbij zowel de gemeenten hun voorkeur konden aangeven en aanbieders door Menzis op hun business case werden beoordeeld. Aansluitend geeft een aanbieder aan dat blijkt dat zij niet als mogelijke contractant bij gemeenten zijn voorgesteld door Menzis, ondanks het feit dat zij wel op basis van de selectiecriteria door de eerste gunningsronde waren gekomen. Dit staat haaks op hetgeen in de inkoopdocumenten staat en wekt de indruk dat de officiële processtappen niet zijn doorlopen.

Een aanbieder en een gemeente geven aan het onwenselijk te vinden een aanbieder inspanningen te laten verrichten wanneer zij – bij voorbaat al - niet in aanmerking komen voor het leveren van wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg.

Een aanbieder geeft aan dat zij niet van Menzis, maar van de gemeente hebben vernomen dat zij uiteindelijk geselecteerd waren voor het leveren van de niet-toewijsbare zorg. Pas later kregen zij een overzicht met toewijzing van uren per gemeente. Het is wenselijk dat de aanbieders en gemeenten gelijktijdig worden geïnformeerd hierover. Deze aanbieder geeft aan het idee te hebben dat het inkoopproces niet goed is 'afgesloten' door Menzis.

### 2.2.2 Tijd

Ook hebben de meeste aanbieders voldoende tijd gehad om een voorstel in te dienen. Echter, niet op alle procesonderdelen was tijdig de juiste informatie voorhanden. Zo was bekend dat aanbieders een business case moesten maken. Het was alleen lange tijd niet duidelijk aan welke eisen de business case diende te voldoen. Het format hiervoor werd pas laat gepubliceerd, waardoor er weinig tijd was om het in te vullen. Ook de financiële paragraaf werd laat gepubliceerd, waardoor aanbieders pas laat een goed beeld kregen van de daadwerkelijke financiële consequenties.

Omdat de inkoop van de niet-toewijsbare zorg nieuw was, vergde het van aanbieders veel tijd om een voorstel te maken. Met het oog daar op is de termijn tussen de laatste inkoop-Q&A's en de uiterste inleverdatum kort (14 dagen). Daarom is de wens uitgesproken om het inschrijfformat, de financiële paragraaf en de bijbehorende Q&A's eerder en tegelijkertijd beschikbaar te stellen. De verlenging van de inlevertermijn is door meerdere aanbieders als prettig ervaren.

Door een aanbieder wordt de timing van het inkoopproces als onprettig ervaren. Doordat in augustus de criteria bekend werden gemaakt moesten medewerkers hun vakantie verplaatsen om tijdig een voorstel in te kunnen dienen. Het zou goed zijn bij de timing van

het inkoopproces hiermee rekening te houden. Vooral voor aanbieders die bij andere verzekeraars meededen met aanbestedingen en alle aanbestedingen die samenhang met de transitie (vooral bij aanbieders die te maken hadden met veel verschillende gemeentelijke aanbestedingen) was dit een zware belasting.

### 2.2.3 Na selectie

Nadat Menzis aanbieders definitief heeft geselecteerd zijn gemeenten en aanbieders aanzet om afspraken met elkaar te maken. Omdat gemeenten soms andere verwachtingen hebben en uitgangspunten hanteren dan Menzis, geeft een aanbieder aan terecht te komen in een 'spagaat'.

Na de selectie van definitieve aanbieders was het soms onduidelijk wie het voortouw neemt om tot vervolgspraken te komen tussen aanbieders en gemeenten, maar ook tussen aanbieders onderling. Volgens aanbieders zouden gemeenten het initiatief moeten nemen om geselecteerde aanbieders uit te nodigen voor gesprekken en afspraken te maken over het vervolgproces. In het inkoopdocument van Menzis is genoemd dat gemeenten en aanbieders samen dienen te kijken naar risicogebieden en zorgconsumptie bij de verdeling van fte over wijken/gebieden. Deze stappen zijn niet door alle gemeenten gevolgd.

## 2.3 Menzis

Menzis geeft aan dat terugkijkend op het inkoopproces 2014, er met beperkte middelen en mankracht sprake is van een redelijk goed inkoopproces. Het is duidelijk dat het wiel voor de eerste keer moest worden uitgevonden. Als het gaat om verbeterpunten voor volgend jaar geeft Menzis aan meer ruimte te willen nemen om in gesprek te gaan met gemeenten en zorgaanbieders. Menzis wil volgend jaar nauwer samenwerken met gemeenten en wil uitgebreider overleggen met gemeenten en zorgaanbieders over *welke* aanbieders *waar* niet-toewijsbare zorg kunnen leveren. Daarnaast wil Menzis meer duidelijkheid creëren over de twee stappen in het selectie-proces, zodat aanbieders beter weten waar zij aan toe zijn en niet ten onrechte denken dat zij geselecteerd zijn, terwijl het een voorlopige gunning betreft.

## 3 Inhoudelijke criteria

De evaluatie van de inhoudelijke criteria richt zich op de selectiecriteria om in aanmerking te komen voor het leveren van wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, de informatie die nodig is om tot een gedegen advies te komen, en op de uiteindelijke selectie van aanbieders en de over hen verdeelde capaciteit in verschillende wijken.

### 3.1 Gemeenten

Voor een groot aantal gemeenten was en is niet duidelijk op basis van welke criteria aanbieders zijn geselecteerd om de niet-toewijsbare zorg te mogen leveren. Het beeld bestaat nu dat voornamelijk de aanbieders met het grootste marktaandeel in een gemeente zijn geselecteerd. Om goed aan te kunnen geven naar welke aanbieders hun voorkeur uitgaat, die zij het beste vinden passen bij de lokale situatie, is behoefte aan meer informatie over de aanbieders (zie paragraaf 3.1.2).

Gemeenten vernemen daarnaast graag op basis van welke criteria toe- of afwijzing van de aanbieders plaatsvindt door Menzis. Bij voorkeur denken zij vooraf over deze criteria mee, zodat de aansluiting op het sociaal domein goed plaatsvindt. De informatiebehoefte richt zich op context en visie over wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, informatie over aanbieders, duidelijkheid over de inhoudelijke criteria en een onderbouwing van de selectie van aanbieders.

#### 3.1.1 Context en visie niet-toewijsbare zorg

In de eerste plaats is in sommige gemeenten behoefte aan meer kennis en informatie over de achtergrond van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. Hoe was dit voorheen geregeld? Wat is er precies nieuw? Waarom is dit voor gemeenten relevant en hoe kan het gemeenten helpen? Welke rol wordt er van gemeenten verwacht? Omdat dit niet voor veel gemeenten niet helder was, bleek dat sommige gemeenten hun voorkeur(en) hebben aangegeven voor aanbieders waarvan soms achteraf bleek dat dit advies niet goed aansloot bij de eigen lokale situatie.

Dit vraagstuk was vooral relevant met het oog op alle nieuwe wijzigingen en verantwoordelijkheden die vorig jaar op gemeenten afkwamen en vanaf 1 januari 2015 officieel van kracht zijn. Aangezien het komende jaar veel informatie oplevert over het belang van de niet-toewijsbare zorg in relatie tot de verantwoordelijkheden in het sociale domein, is de onduidelijkheid over de context voor het komend jaar minder relevant. Mochten zich wijzigingen voordoen, dan is het van belang om die wederzijds goed en tijdig te communiceren.

Eén gemeente geeft aan een uitgewerkte inhoudelijke visie van Menzis op de medische kolom in de eerste lijn te missen. Deze visie zou inzicht moeten geven op vragen als:

- Hoe moet de wijkverpleegkundige niet toewijsbare zorg zich moeten verhouden tot de verantwoordelijkheden van POH-ers? En voorkomen we dat het concurrenten van elkaar worden?
- Waarom krijgen de huisartsen en specialisten niet meer sturingsmogelijkheden in zorgprocessen zodat bepaalde patiëntengroepen echte ketenzorg krijgen?
- Hoe voorkomen we dat de niet-toewijsbare zorg versnipperd wordt ingezet?
- Hoe voorkomen we dat onduidelijkheid en onderlinge concurrentie in de medische kolom de gewenste samenwerking met aanpalende terreinen tegenwerkt?

### 3.1.2 Informatie over aanbieders

Uiteindelijk moet de keuze voor de aanbieders een positieve uitwerking hebben in de praktijk in de verbinding tussen het sociale en medische domein. Om voor gemeenten te kunnen bepalen of aanbieders daaraan (kunnen) voldoen hebben zij behoefte aan meer informatie over aanbieders. Sommige gemeenten geven aan voldoende informatie te hebben gehad over aanbieders om hun voorkeur op te baseren, anderen geven aan dat dat niet het geval is. Gemeenten willen graag de volgende informatie over aanbieders, op basis waarvan ze hun voorkeur kunnen bepalen:

- Welke aanbieders überhaupt wijkverpleegkundige zorg leveren in een gemeente
- Welke aanbieders deelnemen aan het inkoopproces om niet-toewijsbare zorg te leveren en daarvoor in aanmerking komen
- Wat het marktaandeel is van deze aanbieders in deze gemeente
- Hoe deze aanbieders aankijken tegen de verbinding met het sociale en medische domein, en hoe zij de rol van de wijkverpleegkundige met niet-toewijsbare zorgtaken daarbij voor zich zien.

Ten aanzien van dit laatste punt is informatie over aanbieders te vinden in de door hen ingediende business case. Gemeenten zouden dan ook graag inzage hebben in deze business cases. Een aantal gemeenten heeft op verzoek toch de business cases ontvangen. De business cases van de aanbieders zijn over het algemeen niet gedeeld met de gemeenten. Omdat gemeenten geen beeld hebben (gehad) van de visie van aanbieders op de lokale samenwerking en hun eigen invulling daarin zien, leeft het gevoel leeft dat wellicht innovatieve nieuwe aanbieders gemist zijn. Er wordt door een gemeente zelfs de suggestie gedaan dat als eis kan worden gesteld dat aanbieders de samenwerkingsprojecten uit de business case samen met de gemeente indienen of in ieder geval door de gemeente laten mee ondertekenen. Zij voegen daaraan toe dat via de business case focus aan dient te worden gebracht, waardoor er ook prioritering ontstaat in de vele criteria en vervolgens in de toetsing daarvan.

### 3.1.3 Duidelijkheid over (en draagvlak voor) de inhoudelijke criteria

Er is een aantal onduidelijkheden over zowel de criteria voor de inkoop als over de invulling van de rol van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg.

Er bestaat bijvoorbeeld het misverstand dat lokale aanbieders zijn uitgesloten van het leveren van wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. Alhoewel dit niet het geval is dragen de criteria er wel toe bij dat kleinere, lokale aanbieders eerder uitgesloten worden (bijv. doordat zij niet kunnen voldoen aan het minimale aantal wijkverpleegkundigen niveau 5). Ook is bij een enkele gemeente het beeld ontstaan dat Menzis zo min mogelijk aanbieders wil(de) contracteren. Gemeenten worden soms hierop aangekeken door de uitgesloten aanbieders. Van belang is dus dat alle aanbieders (ook niet-gecontracteerde aanbieders) op de hoogte zijn van de eisen waar zij aan moeten voldoen om niet-toewijsbare zorg te leveren.

Het is niet voor iedereen duidelijk welke taken er vallen onder de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorgtaken. Door sommige aanbieders worden deze taken anders ingevuld. Zo indiceren sommige aanbieders, terwijl dit officieel niet onder de niet-toewijsbare zorgtaken valt. Ook is niet voor iedereen duidelijk hoe toewijsbare en niet-toewijsbare zorgtaken zich tot elkaar verhouden.

Om misverstanden te voorkomen is het wenselijk dat de criteria helder op papier komen en worden verspreid. Bij voorkeur stellen gemeenten de criteria (vooraf) mee op.

#### 3.1.4 Onderbouwing van selectie aanbieders door Menzis

Gemeenten willen graag op twee manieren een onderbouwing van de selectie van aanbieders hebben:

- a. Onderbouwing van hoe tot de eerste lijst met aanbieders is gekomen die door de eerste selectieronde van Menzis heen waren gekomen. Sommige gemeenten misten in deze eerste lijst al aanbieders met wie ze graag hadden willen samenwerken. Het was voor hen niet duidelijk waarom zij in die lijst ontbraken.
- b. De definitieve lijst met de gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders en een (korte) onderbouwing over waarom Menzis deze aanbieders al dan niet heeft gecontracteerd. Op die manier wordt helder hoe Menzis het advies van gemeenten heeft meegenomen in de uiteindelijke keuze.

### 3.2 Aanbieders

Zoals eerder is vermeld, hebben verhoudingsgewijs meer geselecteerde aanbieders hun ervaringen en aanbevelingen over het inkoopproces aangeleverd (zie bijlage 2).

#### 3.2.1 Criteria

De meeste aanbieders kunnen zich vinden in de door Menzis gestelde criteria. Een aanbieder geeft echter wel aan dat de gestelde criteria niet altijd een goede indicator zijn voor het goed kunnen leveren van de niet-toewijsbare zorg. Ook organisaties die niet voldoen aan alle gestelde voorwaarden kunnen daartoe goed in staat zijn. Aanbieders delen de zorg dat lokale aanbieders, die lokaal goed geworteld zijn, met de huidige selectiecriteria geen eerlijke kans krijgen ten opzichte van regionale of landelijke partijen. Met de huidige beoordelingscriteria wordt duidelijk een keuze gemaakt voor gevestigde, grote aanbieders, niet per definitie voor aanbieders die in staat zijn tot innovatie.

De meeste criteria zijn standaard onderdeel van het profiel van een wijkverpleegkundige. Een aanbieder geeft echter aan dat medisch technisch handelen (MTH team) voor hen losstaat van het kunnen leveren en de kwaliteit van de niet-toewijsbare zorg. De eisen rondom cliënttevredenheid worden door een aanbieder enigszins discutabel genoemd. Ook geven zij aan meer aandacht te willen voor 'het verhaal' dan alleen het sturen op meetgegevens.

Een aanbieder geeft aan dat onduidelijk is op basis van welke criteria uiteindelijk de uren zijn toegekend per gemeente en per aanbieder. Alleen de gemeenten hebben een overzicht gekregen van alle gecontracteerde aanbieders en de verdeling. De aanbieder geeft aan dat aanbieders deze informatie niet hebben gekregen. Met name de eindfase van het proces is hierdoor niet transparant. De aanbieder kan op deze manier niet op tijd anticiperen en reageren op de uitvoering van de niet-toewijsbare zorgtaken.

#### 3.2.2 Informatie

Aanbieders hebben aangegeven voldoende informatie te hebben gekregen om met een goed voorstel te komen. Er is door een aanbieder wel de wens geuit om de uitwerking van de criteria duidelijker te formuleren, bijvoorbeeld hoe monitoring plaatsvindt, en hoe verantwoording plaatsvindt en resultaten dienen te worden aangeleverd.

Voor een goede invulling van de niet-toewijsbare zorg geven aanbieders aan dat het van belang is dat een aanbieder – naast het gegeven dat deze aan alle inhoudelijke criteria moet voldoen - ook een substantiële positie heeft in in elk geval één wijk of dorpskern. Een aanbieder noemt het wenselijk het budget toe te delen aan de hand van de inzet die een aanbieder heeft in een wijk, ongeacht het aantal cliënten.

Aanbieders delen over het algemeen het idee dat de juiste aanbieders zijn geselecteerd met de gehanteerde procedure. Een aanbieder geeft aan twijfels te hebben over of de huidige criteria de selectie van de meest geschikte aanbieders garanderen. Deze aanbieder geeft aan dat selectie op basis van papier niet de informatie geeft die nodig is om te bepalen welke aanbieders daadwerkelijk het meest geschikt zijn om wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg te leveren. Zij doen dan ook de suggestie om aanbieders te vragen om een motivatiebrief, waarna de motivatie wordt toegelicht in een gesprek.

### 3.2.3 Versnippering aanbieders

Zowel gemeenten als aanbieders noemen het onwenselijk dat teveel aanbieders in een gebied werkzaam zijn. De versnippering van een op zichzelf al klein budget wordt op deze manier groter en daarmee wordt ook afstemming en coördinatie lastiger. Dat is niet alleen voor partners in een gebied niet werkbaar, maar ook voor bewoners is het onoverzichtelijk. Er wordt door een aanbieder genoemd dat het door deze versnippering lastig wordt voor een organisatie om 'verschil te gaan maken'. Daar merkt een aanbieder wel bij op dat het van belang is om wel meerdere aanbieders te contracteren om onafhankelijkheid te borgen.

Wanneer er sprake is van een samenwerkingsverband contracteert Menzis slechts één aanbieder die vervolgens met een of meerdere onderaannemers werkt. Een aanbieder beveelt aan om het hele samenwerkingsverband te contracteren, in plaats van alleen de hoofdaanbieder.

### 3.3 Menzis

Menzis geeft aan dat gemeenten in 2014 nauwelijks voorbereid waren op wat zij met de niet-toewijsbare zorg wilden bereiken en daarmee op de vragen van Menzis. Dat is logisch, omdat dit geheel nieuw voor hen was. Menzis wilde de aansluiting van aanbieders bij de lokale praktijk zoveel mogelijk bevorderen. Daartoe heeft Menzis de gemeenten gevraagd naar hun voorkeur voor aanbieders en de aanbieders gevraagd nadrukkelijk duidelijk te maken in hoeverre ze aangesloten zijn bij bestaande structuren in de wijk door middel van de vragen in de business case.

Volgend jaar wil Menzis graag dat gemeenten een business case maken voor de lokale (wijk)structuren en netwerken zodat Menzis de inkoop daar gericht op aan kan sluiten. Op basis van de verschillende business cases kunnen aanbieders gerichter een voorstel maken, die optimaal aansluit bij de verschillende lokale context.

Menzis heeft de indruk dat veel aanbieders zich inschreven voor het verlenen van niet-toewijsbare zorg om geld of budget binnen te halen en niet vanuit een visie op het verlenen van niet-toewijsbare zorg en de inzet van het sociaal domein voor het beperken van de zorgkosten op macroniveau. Dat is namelijk een landelijk gestelde taakstelling, geeft Menzis aan. Menzis wil in het vervolg beter naar voren laten komen wat de visie is van aanbieders op het verlenen van niet-toewijsbare zorg en aanbieders ervan bewust maken dat zij zich niet moeten inschrijven om meer budget te krijgen, maar dat de belangrijkste reden om zich in te schrijven moet zijn bij te willen dragen aan de landelijke taakstelling.

## 4 Communicatie

Communicatie is een belangrijk onderdeel van de inkoopprocedure, aangezien het kan bijdragen aan duidelijkheid over de criteria, het proces, het soepel laten verlopen daarvan en een onderbouwing en terugkoppeling van de – al dan niet – geselecteerde aanbieders. Dit moet uiteindelijk bijdragen aan het gewenste effect, namelijk de selectie van aanbieders die in staat zijn te zorgen voor een goede verbinding tussen het sociale en medische domein.

### 4.1 Gemeenten

De communicatie rond de inkoop is zeer wisselend ervaren tussen en binnen regio's. Voor een aantal gemeenten was de communicatie rondom het inkoopproces duidelijk (genoeg). Zij geven aan dat zij op hoofdlijnen op de hoogte waren van de criteria en het te doorlopen proces. Door een heel groot deel van de gemeenten wordt echter aangegeven dat er zeer veel onduidelijkheden waren. Er is een duidelijke wens uitgesproken om meer duidelijkheid te creëren over het gehele inkoopproces. Helderheid over de criteria, de te doorlopen stappen van het inkoopproces en de rolverdeling en het tijdsplan daarbij en de aanbieders zijn de belangrijkste aspecten.

Daarnaast is ten aanzien van communicatie helderheid over de onderbouwing van de al dan niet geselecteerde aanbieders gewenst. Gemeenten hebben, op een overzicht van geselecteerde aanbieders na, over het algemeen geen terugkoppeling / onderbouwing ontvangen. De meeste informatie wat betreft de afwijzing kwam van de aanbieders zelf. Wanneer gemeenten een voorkeur hebben aangegeven voor aanbieders, maar deze niet geselecteerd zijn, bestaat bij sommige gemeenten het beeld dat er niks is gedaan met hun advies. Zij hebben geen beeld van de afweging die Menzis daarbij heeft gemaakt. Heldere communicatie kan bijdragen aan wederzijds begrip.

Zo blijkt er ruis te zijn ontstaan over het uitsluiten van lokale aanbieders. Belangrijke oorzaak daarvan is het ontbreken van eenduidige communicatie vanuit Menzis. De wens is dan ook bij voorkeur één centraal/regionaal aanspreekpunt bij Menzis. Gemeenten krijgen daarnaast de indruk dat er geen eenduidigheid binnen Menzis is (vooral tussen afdeling inkoop en adviseurs gemeenten) over hoe Menzis de rol van de gemeente zien in het inkoopproces. Dat komt omdat zij bij verschillende afdelingen van Menzis andere informatie hebben gekregen over het inkoopproces en de rol van de gemeenten daarbij.

### 4.2 Aanbieders

Aanbieders zijn over het algemeen tevreden over de communicatie. Communicatie vond vooral plaats per e-mail. Een aanbieder geeft expliciet aan graag een gesprek met Menzis willen hebben gehad. Deze aanbieder verwachtte dat dit het geval zou zijn op basis van informatie van Menzis. Voor aanbieders waren het proces en de criteria helder. Noot is wel dat het de voorkeur verdient om de inkoopdocumenten, de benodigde formats en de financiële paragraaf tijdig en tegelijkertijd te ontvangen.

Veruit de meeste aanbieders geven aan een toelichting te hebben gekregen over waarom zij de niet-toewijsbare zorg gegund hebben gekregen. Zij vonden deze onderbouwing helder. Slechts twee aanbieders geven aan dat de uitleg waarom zij de niet-toewijsbare zorg gegund hebben gekregen ontbrak. Een van de aanbieders heeft geen toelichting gehad op de verdeling van het aantal uren. De toelichting bestond voornamelijk uit de mededeling

dat de geselecteerde aanbieders voldeden aan de eisen en criteria zoals beschreven in het inkoopdocument. Voor zover bekend is er geen aanvullende toelichting gegeven over waarom zij zijn verkozen boven aanbieders die ook aan de inkoop-eisen voldeden, maar desondanks niet zijn geselecteerd. Aanbieders die zijn geselecteerd gaan er van uit dat de niet-toewijsbare zorg aan hen gegund is omdat zij voldeden aan de gestelde eisen en middels de business case konden aantonen voldoende deskundigheid en ambitie in huis te hebben om de niet-toewijsbare zorg te kunnen leveren. Ook denken zij dat heeft meegewogen dat ze in de afgelopen jaren bewezen hebben een betrouwbare aanbieder en samenwerkingspartner te zijn.

Een niet-gecontracteerde aanbieder geeft aan dat het hen niet duidelijk was dat de gemeente na de gunning van de niet-toewijsbare zorg door de verzekeraar, nog een keuze tussen de zorgaanbieders ging maken. Menzis geeft daarover aan dat aanbieders bij de gunning nadrukkelijk te horen hebben gekregen dat de selectie een voorlopige was en dat na overleg met de gemeente een definitieve toekenning zou volgen. In de inkoopgids is niet nadrukkelijk gecommuniceerd of de selectie voor of na de gunning zou plaatsvinden. Dat is een aandachtspunt voor volgend jaar.

Het excel-formulier van de business case is door meerdere aanbieders als een ingewikkeld, bewerkelijk en onprettig format ervaren. Een eenvoudiger format dat makkelijker te bewerken is gewenst.

#### **4.3 Menzis**

Communicatie met de (regio)gemeenten is via de adviseurs gemeenten van Menzis en de convenantgemeenten verlopen. Enerzijds via regionale bijeenkomsten, anderzijds via de werkgroep wijkverpleegkundige van de Werkagenda. Menzis geeft aan dat het voor hen onduidelijk is of alle gemeenten voldoende invloed hebben gehad op het proces en of de mening van de convenantgemeenten naar voren is gebracht door convenantgemeenten. Zoals beschreven in paragraaf 2.3 noemt Menzis als verbeterpunten meer ruimte te willen nemen om in gesprek te gaan met gemeenten en zorgaanbieders. Menzis wil volgend jaar nauwer samenwerken met gemeenten en uitgebreider overleggen met gemeenten en aanbieders over welke aanbieders waar niet-toewijsbare zorg kunnen leveren. Menzis heeft de intentie om de algehele communicatie richting gemeenten te verbeteren.

Over het algemeen is Menzis redelijk tevreden over de communicatie richting aanbieders. Contact verliep voornamelijk via e-mail. Met de grotere aanbieders is bilateraal overleg geweest. Omdat er weinig tot geen onderhandelingsruimte was, waren inkoopgesprekken niet nodig.



## 5 Vervolgstappen na selectie

Na het moment van contractering zijn gemeenten en aanbieders aan zet. Gemeenten kunnen kiezen of zij zelf aanvullend niet-toewijsbare zorg willen inkopen, en of zij met andere gemeenten willen samenwerken om effectief de beschikbare fte te verdelen (door te bundelen) over aanbieders. De aanspraak wijkverpleging stelt bovendien dat zorgaanbieders en gemeenten afspraken moeten maken over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk. In dit hoofdstuk is de input van zowel gemeenten als aanbieders meegenomen.

### 5.1 Vervolgstappen gemeenten en aanbieders

#### 5.1.1 Aanvullende inkoop niet-toewijsbare zorg

Geen enkele gemeente heeft aanvullend wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ingekocht. Belangrijkste reden die gemeenten hiervoor geven is dat zij niet scherp op het vizier hadden dat dit tot de mogelijkheden behoorde. Ook geven zij aan dat zij toen, maar ook nu nog niet kunnen/konden overzien hoeveel geld hiervoor beschikbaar is. Bovendien hebben ze ook nog geen zicht op of de huidige capaciteit voldoende is, en of extra capaciteit wenselijk is. In de loop van 2015 zal hierover meer duidelijkheid ontstaan. Het is de bedoeling dat deze informatie wordt gegenereerd uit monitoringsinformatie. Er zijn echter nog geen afspraken gemaakt over wat en hoe precies gemonitord gaat worden. Het aantonen van het effect van de niet-toewijsbare zorg zal lastig zijn, omdat het hele domein van zorg en welzijn is veranderd. Dat maakt het lastig om veranderingen of effecten toe te wijzen aan de inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. Een gemeente geeft aan dat als de werking/effectiviteit van de niet toewijsbare zorg is aan te tonen, dat effect kan hebben op hun inkoop in de toekomst.

Een ander argument om geen extra niet-toewijsbare zorg in te kopen, is dat de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg niet alleen door een wijkverpleegkundige hoeft te worden geleverd. Ook bijvoorbeeld Wmo-consulenten of gezinscoaches signaleren, kunnen op andermans signalen afgaan en kunnen de zorgbehoefte van cliënten bepalen. De 'uitwisselbaarheid' van deze functie is zelfs wenselijk, aangezien gemeenten steeds meer toe willen naar een generalistische professional met een brede expertise, die breed inzetbaar is. De knip tussen de niet-toewijsbare zorg en de toewijsbare zorg wordt dan ook als onnatuurlijk ervaren, omdat het volgens gemeenten standaard onderdeel uitmaakt of hoort uit te maken van de standaard werkwijze van een professional in een wijk.

#### 5.1.2 Regionale afstemming en bundeling fte

Het lijkt niet voor alle gemeenten duidelijk te zijn geweest dat ingekochte fte door Menzis kon worden gebundeld met andere gemeenten. Er is dan ook door weinig gemeenten afstemming geweest over bundeling van fte. In de eerste plaats werd aangegeven dat de inzet van capaciteit een lokale aangelegenheid is. Daarnaast ging het over zeer kleine aantallen, zodat het niet de moeite leek om hierover afspraken te maken. Tegelijkertijd is door sommige gemeenten wel aangegeven dat het kleine aantal fte versnipperd is over (te) veel aanbieders. In die gevallen lijkt de bundeling met buurgemeenten wel degelijk zinvol.

### 5.1.3 Afspraken over positionering wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

De meeste gemeenten geven aan afspraken op twee niveaus te maken. Enerzijds 'harde' afspraken over de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en haar verantwoordelijkheden hierin in de verbinding met het sociale team. Meestal betreft het afspraken die inmiddels in een contract zijn vastgelegd. Anderzijds gaat het om afspraken over werkprocessen die lokaal worden gemaakt over hoe de verbinding tussen de wijkteams en de wijkverpleegkundige idealiter vorm krijgt. Deze afspraken worden meestal door de uitvoerende professionals gemaakt. Dit proces is nog in volle gang en krijgen op basis van ervaringen in de praktijk verder vorm.

Regio's verschillen onderling in de keuzes die zij maken ten aanzien van de positionering van de wijkverpleegkundige met niet-toewijsbare zorgtaken. Zo kiest de regio Twente veelal voor het afstemmingsmodel, of een variant daarop, waarbij de wijkverpleegkundige geen onderdeel uitmaakt van het wijkteam, maar er wel regelmatig afstemming is tussen het sociale team en het medische team in een gebied. In de regio Groningen wordt veel gekozen voor het integrale model, waarbij de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg in het wijkteam wordt gepositioneerd. In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de gevolgen van deze verschillende invullingen.

Elke gemeente heeft op eigen wijze vervolgstappen gezet na gunning. De gemeente Enschede en Arnhem hebben er bijvoorbeeld voor gekozen om samen met de geselecteerde aanbieders rond de tafel te zitten om de aanbieders in samenspraak te verdelen over de wijken van de stad. Daarbij behielden aanbieders het aantal fte dat gecontracteerd is door Menzis, maar werd in overleg bekeken waar welke aanbieder het beste ingezet kon worden, gezien het marktaandeel in die wijk of de kenmerken van bewoners (bijv. aantal 75-plussers in een wijk).

## 6 Aandachtspunten

Naast de ervaringen en aanbevelingen over het inkoopproces, de inhoudelijke criteria, de communicatie en de vervolgstappen zijn er aandachtspunten naar voren gekomen die hieronder uitgebreider zijn beschreven.

### 6.1 Onderscheid tussen toewijsbare en niet-toewijsbare zorg

Uit de input van zowel aanbieders als gemeenten blijkt dat er niet eenduidig wordt gekeken naar de niet-toewijsbare zorgtaken. Belangrijkste verschil van inzicht is de scheiding van niet-toewijsbare en toewijsbare taken.

Er zijn gemeenten en aanbieders die er expliciet voor kiezen om de niet-toewijsbare taken te oormerken en los te knippen van de toewijsbare zorg. Gedachtegoed bij deze keuze is dat de niet-toewijsbare zorgtaken nieuw zijn. Door het specifiek oormerken in het eerste jaar dat er mee geëxperimenteerd wordt, levert dit zinnige informatie op over de invulling van de taken, de benodigde randvoorwaarden en effecten. Een groot aantal aanbieders en gemeenten kiest er echter juist voor om geen specifiek onderscheid te maken tussen toewijsbare en niet-toewijsbare zorg. Deze keuze vloeit voort uit de opvatting dat deze twee taken niet los van elkaar te zien zijn en dat een knip tussen toewijsbare en niet-toewijsbare zorgtaken onnatuurlijk is. Elke wijkverpleegkundige, en ook andere professionals in de wijk, zijn verantwoordelijk voor niet-toewijsbare taken. Er zijn ook zorgen geuit dat de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg een extra – ongewenste – schakel oplevert in de samenwerking tussen huisarts, gemeente en wijkverpleging.

Uit bovenstaande komt naar voren dat het verschil in invulling van de niet-toewijsbare zorgtaken een aandachtspunt is. De keuze om de niet-toewijsbare zorg-formatie te verdelen over alle wijkverpleegkundigen, of juist te concentreren is ten slotte van invloed op de uitkomsten die zullen worden gerealiseerd. Daar zal bij het formuleren van de uitkomsten en bij de monitoring ervan rekening mee moeten worden gehouden. Het langer kunnen gebruiken van dit model is dan een goede zaak, omdat dit een beter beeld oplevert.

Een aanbieder geeft aan dat de onafhankelijkheid van de niet-toewijsbare zorg niet is gegarandeerd door het contracteren van aanbieders die ook toewijsbare zorg leveren. Deze aanbieder doet de suggestie de niet-toewijsbare zorg toe te delen aan partijen die niet gecontracteerd zijn voor toewijsbare zorg in de regio. Dan is er geen schijn van het toedelen van werk aan de moederorganisatie.

### 6.2 Regio's

#### 6.2.1 Regionale verschillen

Voorgaande hoofdstukken geven een algemeen beeld dat naar voren kwam tijdens de evaluatie. Soms zijn daarbinnen verschillen benoemd tussen regio's. Zo zijn er in elke regio andere procesafspraken gemaakt over de inkoop. Het is wenselijk dat hierin één lijn wordt getrokken. In deze paragraaf staan opvallende verschillen beschreven waarin regio's van elkaar afweken en die niet expliciet in deze evaluatie zijn benoemd.

#### *Regio Achterhoek*

In de regio Achterhoek is een aantal gemeenten in grote lijnen tevreden over het inkoopproces. Een aantal gemeenten is dat echter niet. Gemeenten wisten niet goed wat

zij konden verwachten van het inkoopproces en wanneer bepaalde momenten (voorkeur, bekend maken aanbieders) waren voorzien. Gemeenten in de Achterhoek gaven aan dat als er een mogelijke verdeling over aanbieders bekend is, zij daar graag ook over mee willen denken. Daarnaast geven zij aan dat zij geen inzicht hebben gekregen in de business cases, terwijl Menzis dat vooraf wel had toegezegd.

In de regio Achterhoek is op een aantal plaatsen sprake van versnippering en kleine hoeveelheden Fte per aanbieder. Dat is onwenselijk. Een ondergrens aan capaciteit per aanbieder is hiervoor een mogelijke oplossing. De communicatie met Menzis verliep op een aantal plekken stroef of traag. Gemeenten kregen de indruk dat Menzis intern niet op één lijn zat aangaande de inkoop niet-toewijsbare zorg.

#### *Regio Arnhem*

Opvallend in Arnhem is dat er bij aanvang van het inkoopproces nog geen regionale overlegstructuur was. Daardoor was de communicatie, vooral richting regiogemeenten, vaak onduidelijk. Door het ontbreken van betrokkenheid bij en het gebrek aan overzicht over het inkoopproces heeft de regio zich daardoor soms 'overvallen' gevoeld. Mede door de inzet van de regiosecretaris heeft dit overleg nu structureel gestalte gekregen. Dit is door zowel de convenantgemeenten, de regiogemeenten en Menzis als zeer prettig ervaren. Het is voor de regio het enige platform waarbinnen direct contact met Menzis mogelijk is.

#### *Regio Groningen*

In de regio Groningen geven de meeste gemeenten aan dat het inkoopproces voor hen in grote lijnen duidelijk was. Zij waarderen de regiopresentatie over de inkoop van die niet-toewijsbare zorg. Een aantal gemeenten geeft aan dat zij weinig zicht hadden op het inkoopproces. Zij merken daarbij op dat zij pas in het laatste deel van het proces zijn betrokken en dat er daarom informatie miste. Gemeenten willen graag eerder in het proces contact met Menzis over de wijze van selectie en stippen het belang van (inzage in) de inhoud van de business cases aan. Gemeenten denken graag over een aantal vragen in de business case mee (met name over positionering wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg).

Bijna alle gemeenten zijn tevreden of deels tevreden over de geselecteerde aanbieders. Er is met name ontevredenheid over de contractering van Buurtzorg. Gemeenten geven aan dat Buurtzorg, vanwege hun platte organisatiestructuur, lastig te bereiken is en anders aankijkt tegen de positionering van de wijkverpleegkundige die niet-toewijsbare zorg levert dan de gemeenten. Dit maakt samenwerking vooralsnog lastig. Hier komt het belang voor gemeenten om vooraf meer inzicht te hebben in de visie van de aanbieder over de positionering van de wijkverpleegkundige-niet toewijsbare zorg weer naar voren.

Er is op een aantal plekken in de regio Groningen sprake van bundeling van Fte van een aantal gemeenten. De positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorgtaken verschilt: soms is de wijkverpleegkundige onderdeel van het sociale team, soms is er sprake van een tussenpositie. Op een aantal plekken is de positionering nog niet bekend.

#### *Regio Twente*

Binnen de regio Twente is relatief veel informatie-uitwisseling en afstemming geweest, waardoor zij relatief gezien goed op de hoogte waren van het inkoopproces. Dit is grotendeels debet aan de projectleider binnen de Werkagenda die de convenantgemeente vertegenwoordigt en in die hoedanigheid ook deelneemt in de werkgroep wijkverpleegkundige. Ook heeft zij in de rol van regiosecretaris goed kunnen zorgen voor

verbinding en kennisuitwisseling in de regio op dit thema. Er heeft vanuit Menzis een wisseling van contactpersonen plaatsgevonden, waardoor communicatie rond het inkoopproces niet altijd uniform en helder is verlopen.

Twente heeft geen lijst van aanbieders ontvangen die door de selectiecriteria heen waren gekomen, en waarover zij hun voorkeuren konden uitbrengen. Dit betekende dat zij hun voorkeuren moesten aangeven over aanbieders waarvan zij niet wisten of die überhaupt meededen met het inkoopproces, en of ze ook in aanmerking hiervoor kwamen. Eén gemeente in de regio Twente geeft aan dat de samenwerking met een aanbieder slecht verloopt. Deze gemeente geeft aan dat het lastig is dat gemeenten weinig middelen hebben om hierin te kunnen sturen, aangezien Menzis officieel opdrachtgever en financier is. Menzis heeft aangegeven hierop actie te ondernemen.

#### 6.2.2 **Vertegenwoordiging regio door convenantgemeenten**

Convenantgemeenten hebben in de Werkagenda Samenwerking Menzis, gemeenten, regio's inhoudelijk bijgedragen aan de totstandkoming van het capaciteitsverdeelmodel. De rol van convenantgemeente was in dit proces voornamelijk die van 'boodschapper', niet van vertegenwoordiger van regiogemeenten en als degene die inspraak had bij de vormgeving van het inkoopproces. Binnen de werkgroep wijkverpleegkundige zijn alle convenantgemeenten wel vertegenwoordigd en in die hoedanigheid betrokken bij de totstandkoming van het capaciteitsverdeelmodel, de scenario's van positionering van de wijkverpleegkundige en de bijbehorende Q&A's. Vermoedelijk heeft die betrokkenheid een 'informatievoorsprong' opgeleverd ten opzichte van regiogemeenten. Dat zou pleiten voor een belangrijkere rol van de afgevaardigden van de werkgroep in het betrekken van de regiogemeenten op dit thema.

Wanneer convenantgemeenten informatie kregen van Menzis was de afspraak dat zij deze door zouden zetten naar de regiogemeenten. Ook zijn door Menzis regiopresentaties gehouden over het inkoopproces niet-toewijsbare zorg.

Gemeenten hebben over het algemeen geen bezwaren tegen deze rolverdeling, zolang het inkoopproces duidelijk is. Het wordt als prettig ervaren om met gemeenten in de regio in gesprek te zijn over dit onderwerp, zodat ervaringen kunnen worden gedeeld en van elkaar geleerd kan worden.

Per regio is de manier waarop overleg en afstemming plaatsvindt anders georganiseerd. De frequentie en samenstelling verschilt. In de meeste regio's is Menzis structureel vertegenwoordigd bij deze overleggen door de 'adviseurs gemeenten'. In de regio Arnhem vindt sinds kort een structureel regionaal overleg plaats waarbij Menzis aansluit. Dit is naar tevredenheid van deelnemende gemeenten, omdat op die manier de lijnen met Menzis kort zijn, en van elkaars inzichten en ervaringen wordt geleerd.

## 7 Aanbevelingen

Uit de evaluatie komen verschillende aanbevelingen naar voren. Deze aanbevelingen zijn logischerwijs voornamelijk gericht aan het adres van Menzis, gezien het feit dat zij leidend zijn in het inkoopproces. Er is echter ook een aantal aanbevelingen dat zich richt op gemeenten.

### 7.1 Inkoopproces

#### 7.1.1 Gemeenten

- Eerder starten van het inkoopproces, of de uitkomsten van de geselecteerde aanbieders eerder bekend maken, zodat er aan het eind van het jaar voldoende tijd is voor aanbieders en gemeenten om met elkaar afspraken te maken. Voorstel is dat begin november bekend wordt gemaakt welke aanbieders gecontracteerd zijn.
- Voorafgaand aan de start van het inkoopproces duidelijkheid over het proces, belangrijke momenten en deadlines en de rollen en verwachtingen
- Voldoende tijd (minimaal 2 - 4 weken) voor gemeenten om voorkeur voor aanbieders kenbaar te maken.
- Gemeenten zouden het liefst twee adviesmomenten in het inkoopproces willen:
  - Voorkeur ten aanzien van lijst van aanbieders die voldoen aan de selectiecriteria en in aanmerking wilden komen voor de levering van niet-toewijsbare zorg
  - Op basis van geselecteerde aanbieders en de verdeling van budgetten daarover, aangeven wat de ideale spreiding/verdeling is over deze aanbieders.

#### 7.1.2 Aanbieders

- Ten tijde van publicatie is het wenselijk dat alle inkoopdocumenten en toelichtende formats tegelijkertijd beschikbaar zijn, zodat aanbieders de mogelijkheid hebben om een totaal inventarisatie te maken van alle documenten en ook vragen kunnen stellen over alle documenten.
- Daarnaast is het wenselijk dat er een langere inkoopcyclus gehanteerd wordt in de toekomst (bijvoorbeeld van 3 jaar).
- Eerder uitsluiten van aanbieders die niet in aanmerking komen voor het leveren van niet-toewijsbare zorg.

### 7.2 Inhoudelijke criteria en informatie

- Duidelijkheid over de rol en taken van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, en het onderscheid daarbij met toewijsbare zorg
- Duidelijkheid over de inhoudelijke criteria voor gemeenten en aanbieders: welke criteria worden gehanteerd, hoe wordt er vervolgens gemonitord en op gestuurd?
- Duidelijkheid voor gemeenten over welke aanbieders voldoen aan de criteria voor het leveren van niet-toewijsbare zorg en welke aanbieders graag in aanmerking willen komen om gecontracteerd te worden
- Gemeenten praten graag mee over inhoudelijke criteria, met name als het gaat om de verbinding met het (lokale) sociale domein
- Gemeenten en aanbieders willen graag aangepaste selectiecriteria, zodat ook kleinere lokale aanbieders kunnen voldoen aan de selectiecriteria om niet-toewijsbare zorg te mogen leveren.

- Voorkomen van versnippering van beperkte fte over verschillende aanbieders die niet-toewijsbare zorg leveren. Bijvoorbeeld door het stellen van een ondergrens van een minimaal budget per aanbieder.
- Meer informatie voor gemeenten over aanbieders om onderbouwd en afgestemd advies te kunnen geven:
  - Welke aanbieders überhaupt wijkverpleegkundige zorg leveren in een gemeente
  - Welke aanbieders wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ‘mogen’ leveren volgens de eisen van Menzis
  - Welke aanbieders in aanmerking willen komen en deel hebben genomen aan het inkoopproces om niet-toewijsbare zorg te leveren
  - Wat het marktaandeel is van de aanbieders in deze gemeente
  - Hoe deze aanbieders aankijken tegen de verbinding met het sociale en medische domein, en de rol van de wijkverpleegkundige met niet-toewijsbare zorgtaken daarbij. Gemeenten hebben graag inzage in de ingediende business cases.
- Aanbieders geven de wens aan om een toekomstbestendige lijn in criteria te kiezen, zodat zij hun meerjarenbeleid hierop kunnen afstemmen.
- Om beter maatwerk te kunnen leveren bij het selecteren van een aanbieder die past bij de lokale situatie stelt Menzis voor om elke gemeente een business case te laten schrijven. Deze business case kan dan vervolgens mee worden gestuurd met de inkoopstukken. Hiermee worden aanbieders beter in staat gesteld een voorstel op maat te maken.

### 7.3 Communicatie

- Heldere communicatie vanuit Menzis naar gemeenten voorafgaand aan het inkoopproces over de inhoudelijke criteria en het proces (met daarbij beschreven welke stap door wie, wanneer wordt genomen en welke deadlines er zijn), zodat de verwachtingen daarop kunnen worden afgestemd.
- Heldere communicatie over de geselecteerde en niet-geselecteerde aanbieders, inclusief een onderbouwing ten aanzien van de gunning, dan wel afwijzing van aanbieders.
- Communicatie vanuit de werkgroepleden wijkverpleegkundige, regiosecretaris, adviseur gemeenten van Menzis (en de regiosecretaris) richting de regiogemeenten over de ontwikkelingen, verwachtingen en aandachtspunten ten aanzien van de inkoop wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg.

### 7.4 Algemeen

#### 7.4.1 Continuïteit van leerproces

Afgezien van de ervaringen die zijn opgedaan met de inzet van de zichtbare schakel is de inkoop en de inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg nieuw voor zowel zorgverzekeraars, aanbieders en gemeenten. De uitwerking in de praktijk is een gezamenlijke zoektocht waarbij gaandeweg ervaringen worden opgedaan en wordt geleerd over wat wel en niet wenselijk is. Deze ervaringen worden opgedaan door de momenteel gecontracteerde aanbieders. Hoewel lokaal wordt onderzocht wat werkt en wat niet, is (nog) niet duidelijk wat de inzet van de niet-toewijsbare zorg oplevert. De suggestie is dan ook om te onderzoeken of het mogelijk is om de huidige aanbesteding te verlengen met een jaar. Op die manier wordt het leerproces niet onderbroken en hoeft het leerproces niet opnieuw te starten voor aanbieders die volgend jaar mogelijk worden geselecteerd. Het is wenselijk deze mogelijkheid te onderzoeken.

Aanbieders en gemeenten hebben daarbij aanvullend genoemd dat er behoefte is aan een bestendige lijn in de criteria, zodat hun meerjarenbeleid hierop kan worden afgestemd.

# Bijlage I - Vragenlijsten

## 7.5 Vragenlijst (convenant- en regio)gemeenten

### Vragen uitgesplitst naar thema

#### Proces

1. Wat vond u in algemene zin van het inkoopproces van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg?
2. Waren de processtappen voorafgaand aan het inkoopproces duidelijk? Zo nee, wat miste?
3. Zijn deze (regionaal afgesproken) processtappen vervolgens goed doorlopen? Wat ging goed, waarover bent u minder tevreden?
4. Had u voldoende tijd om kenbaar te maken naar welke aanbieders uw voorkeur uitging? Zo nee, hoeveel tijd zou u willen hebben?
5. Heeft u suggesties voor het beter inrichten van het inkoopproces?

#### Inhoudelijke criteria en informatie

6. Weet u welke criteria er zijn gesteld aan de aanbieders voor het leveren van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg? Was u daar van op de hoogte gesteld?
7. Kunt u zich vinden in die criteria? Waarom wel/niet?
8. Heeft u het idee dat de aanbieders zijn geselecteerd waarmee u in de lokale praktijk goed kunt zorgen voor de verbinding met het sociale (wijk)team? Waarom wel/niet?
9. Beschikte u over voldoende informatie om uw input/wensen t.a.v. de keuze voor aanbieders kenbaar te maken? Zo nee, aan welke informatie heeft u dan behoefte?
10. Heeft u het idee dat uw input t.a.v. voorkeursaanbieders is meegenomen door Menzis?
11. Bent u tevreden over de uiteindelijke keuzes die Menzis heeft gemaakt? Sluit deze aan bij uw lokale context? Waarom wel/niet?
12. Heeft u suggesties om de wijze waarop aanbieders zijn geselecteerd (niet zozeer het proces, maar op inhoudelijke criteria) te verbeteren?

#### Communicatie

13. Hoe bent u geïnformeerd over de gunning, dan wel afwijzing? Was dat naar tevredenheid? Waarom wel/niet?
14. Heeft u een toelichting gekregen over de reden van afwijzing, dan wel gunning van de aanbieders? Zo ja, is dat voor u nu helder en voldoende onderbouwd waarom aanbieders zijn afgewezen dan wel geselecteerd? Zo nee, waarom niet?

#### Vervolgstappen en -afspraken na gunning

15. Heeft u uit eigen Wmo-middelen extra niet-toewijsbare zorg ingekocht? Zo ja, waarom en hoeveel? Zo nee, waarom niet?
16. Heeft u samenwerking gezocht met andere gemeenten binnen uw regio om te komen tot bundeling van Fte? Waarom wel/niet?
17. Welke afspraken heeft u met de geselecteerde aanbieder gemaakt over de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ten opzichte van het lokale (wijk)team?

#### Aanvullende vragen voor regiogemeenten

18. Voelt u zich goed vertegenwoordigd door uw convenantgemeente? Waarom wel/niet?



19. Heeft u het idee dat u voldoende input uit heeft kunnen geven op het inkoopproces? Waarom wel/niet?

## 7.6 Vragenlijst aanbieders

### Vragen uitgesplitst naar thema

#### Proces

1. Had u voldoende tijd om een goed voorstel (o.a. business case) te maken?
2. Waren de processtappen van het inkoopproces helder voor u? Kunt u zich vinden in de aangekondigde processtappen?
3. Zijn de aangekondigde processtappen doorlopen? Zo ja, naar tevredenheid? Zo nee, welke niet?
4. Heeft u suggesties voor het beter inrichten van het inkoopproces?

#### Inhoudelijke criteria en informatie

5. Kunt u zich vinden in de criteria die zijn gesteld aan het leveren van de niet-toewijsbare zorg? Waarom wel/niet?
6. Had u voldoende informatie om een goed voorstel te maken? Welke informatie zou u wenselijk vinden?
7. Heeft u het idee dat op deze wijze van inkoop de meest geschikte aanbieders zijn geselecteerd?
8. Heeft u suggesties voor de wijze waarop aanbieders zijn geselecteerd (niet zozeer t.a.v. het proces, maar t.a.v. inhoudelijke criteria)?

#### Communicatie

9. Hoe bent u geïnformeerd over de gunning? Was dat naar tevredenheid? Waarom wel/niet?
10. Heeft u een toelichting gekregen van afwijzing, dan wel gunning?
11. Zo ja, is dat voor u nu helder en voldoende onderbouwd waarom u al dan niet bent geselecteerd? Zo nee, waarom niet?

#### Vervolgstappen en -afspraken na gunning

12. Welke afspraken heeft u met de gemeente gemaakt over de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ten opzichte van het lokale (wijk)team?

## 7.7 Vragenlijst Menzis

#### Proces

1. Hoe heeft Menzis het inkoopproces van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg in 2014 in het algemeen ervaren?
2. Misten achteraf processtappen in het inkoopproces? Zo ja, wat miste?
3. Zijn de stappen van het inkoopproces goed doorlopen? Wat ging goed, waarover bent u minder tevreden?
4. Heeft u suggesties voor het beter inrichten van het inkoopproces?

#### Inhoudelijke criteria en informatie

5. Heeft Menzis van gemeenten en aanbieders voldoende informatie gehad om een overwogen keuze te kunnen maken? Zo nee, welke aanvullende informatie zou wenselijk

zijn (vanuit gemeenten en/of aanbieders)?

6. Heeft Menzis bij het selecteren van de aanbieders rekening kunnen houden met de aansluiting van deze aanbieders bij de lokale context? Op welke manier?
7. Heeft u, op basis van de ervaring van 2014, suggesties om de selectie van aanbieders aan te passen (zowel op het vlak van proces als inhoudelijke criteria)?

#### **Communicatie**

8. Hoe verliep de communicatie tussen Menzis en aanbieders rondom het inkoopproces?  
Wat ging goed en wat kan beter?
9. Hoe verliep de communicatie tussen Menzis en gemeenten rondom het inkoopproces?  
Wat ging goed en wat kan beter?

## Bijlage 2 - Betrokkenen evaluatie

### Gemeenten en Menzis

Convenant- en regiogemeenten Twente  
Convenant- en regiogemeenten Achterhoek  
Convenant- en regiogemeenten Arnhem  
Convenant- en regiogemeenten Groningen  
Menzis

### Aanbieders

Thuiszorg Dichtbij (Groningen)  
Stichting ZINN  
Ariëns Zorgpalet (Twente)  
Zorgfederatie Oldenzaal (Twente)  
Livio (Twente)  
De Posten (Twente)  
Trivium Meulenbeltzorg (Twente)  
Thuiszorg Groot Gelre (Arnhem)  
Sensire (Achterhoek)  
Thuiszorg Rijn en IJssel (Gouden Leeuw Groep) (Achterhoek)