

Position Paper

Bekostiging

Wijkgezondheidsinfrastructuur



1 maart 2016

In deze Position Paper wordt de ontwikkeling van een wijkgezondheidsinfrastructuur beschreven en wat nodig is om deze lokaal, regionaal en landelijk te borgen. Diverse gezondheidscentra zijn een wijkgezondheidsinfrastructuur aan het realiseren, daarbij voortbordurend op wijknetwerken (inclusief sociale wijkteams), de Gezonde Wijk-aanpak, méér zelfregie en zorg in de buurt en een verbinding met buurtinitiatieven voor informele zorg.

Samenvatting

De komst van sociale wijkteams, de substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg met eHealth voor zelfregie en zelfmanagement, de toenemende aandacht voor preventie en de groei van buurtinitiatieven voor informele zorg leiden tot de roep om nieuwe verbindingen in zorg en welzijn. In deze Position Paper worden de contouren van een wijkgezondheidsinfrastructuur in de directe leefomgeving van inwoners geschetst en de maatregelen om deze te bekostigen en te borgen. Deze maatregelen zijn:

1. Benoemen van 'wijkgezondheidsinfrastructuur' in Segment 2 van de 'Bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' én als onderdeel van welzijnszorg door gemeenten met vormen van 'shared savings'.
2. Overhevelen van beschikbare budgetten voor kennis, implementatie en ondersteuning naar de wijk met bestemming 'Wijkgezondheidsinfrastructuur'.
3. Ontwikkeling van een kwaliteitskader Wijkgezondheidsinfrastructuur door GezondNL en andere landelijke partners.

1. Het is druk in de wijk!

Alle veranderingen en transities die beogen de gezondheidszorg meer toekomstbestendig te maken, wijzen naar de wijk als plek waar het moet gebeuren. Iedere wijk in Nederland worstelt op dit moment hoe dit vorm te geven. Het barst van de pilots en initiatieven. Voor ouderen, voor chronische zieken, voor participatie en een gezonde leefstijl, voor (lichte) GGZ-problematiek etc. Het is druk in de wijk. Samenhang, coördinatie en continuïteit ontbreken. Veel wordt verwacht van huisarts, sociaal wijkteam, wijkverpleegkundige, gezondheidscentrum en inwoners zelf. Nodig is een wijkgezondheidsinfrastructuur om initiatieven te verbinden en procesinnovaties en informatievoorziening samen met inwoners en partners in de wijk te organiseren.

2. Geen ruimte voor wijkgezondheidsinfrastructuur

De huidige bekostigingssystematiek in de zorg bepaalt dat alleen medische verrichtingen worden gefinancierd en mondjesmaat ook multidisciplinaire zorg. De sterke productiefocus a) ontmoedigt preventie, b) staat vraaggerichte integrale samenwerking en maatwerk in de weg, c) laat geen ruimte voor procesinnovaties voor meer zelfregie en kwaliteit door professionals, d) belemmert de adoptie van eHealth en e) stimuleert niet de ontwikkeling van Gezonde Wijken naar gezamenlijke gezondheidsresultaten en -vergoeding.

3. Wijkgezondheidsinfrastructuur

Er is ruimte vereist in de bekostigingssystematiek van zorgverzekeraars en gemeenten om de basisrandvoorwaarden voor een wijkgezondheidsinfrastructuur te financieren uit de resultaten die meer samenwerking en meer lokaal maatwerk opleveren. Hiermee kunnen (informele) zorg en gezondheid in de wijk vraaggerichter en duurzamer worden georganiseerd. Niet alleen via kleine pilots, tijdelijke projecten of landelijke stimuleringsregelingen, maar vooral vanuit de wijk en door inwoners en professionals zelf. Een wijkgezondheidsinfrastructuur stelt de wijkpartners in staat om

vanuit verschillende verantwoordelijkheden vorm te geven aan betere zorg, meer gezondheid en een lagere groei van zorgvraag en -kosten (Triple Aim), op een wijze die aansluit bij wat inwoners willen en kunnen.

Met 'wijkgezondheidsinfrastructuur' wordt bedoeld: alle partners en alle permanent aanwezige, algemene voorzieningen (fysiek en digitaal) voor gezondheid en zorg in de wijk. Denk hierbij aan één wijkinformatiepunt met diverse laagdrempelige inlooplekken, één Persoonlijk Gezondheid Dossier, één (digitale) leeromgeving voor professionals en studenten in de wijk, de 'Wijkdokter' en een wijk- of buurtcoöperatie. Wijkpartners vormen een bestuurlijk samenwerkingsverband en een geïntegreerd netwerk dat contractueel resultaatafspraken met vergoedingen maakt met gemeente en zorgverzekeraar. De behoeften van inwoners en professionals zijn leidend. Onderdeel is ook het meten van gezondheidsprestaties in de wijk: de optelsom van resultaten die met verschillende projecten en initiatieven voor gezondheid en zorg in de wijk worden bereikt.

4. Meerwaarde: samenhang, continuïteit en coördinatie

Een wijkgezondheidsinfrastructuur:

- a) verbindt de vele (e-)initiatieven en hun partners op het gebied van zorg en gezondheid in de wijk (tussen de 10.000 en 20.000 inwoners) en organiseert één wijkinformatiepunt en digitale toegang. WMO-loket, centrum jeugd en gezin, sociaal wijkteam en gezondheidscentrum vormen momenteel gescheiden (e-)loketten. Er ontstaat één coördinatiepunt.
- b) faciliteert inwoners, professionals, ondernemers en onderwijsveld om samen in de eigen wijk aan zorg, gezondheid en procesinnovaties te werken. Naast hun praktijk zijn inwoners en (zorg)professionals steeds vaker zelf als onderzoeker en projectleider bezig, omdat deze actieve betrokkenheid noodzakelijk is voor draagvlak en acceptatie. Onderdeel van een wijkgezondheidsinfrastructuur is dan ook de 'Wijkdokter' die het noodzakelijke overzicht en het vertrouwen van de wijkpartners heeft.
- c) ondersteunt de gestage ontwikkeling van buurtcoöperaties. Een buurtcoöperatie organiseert informele steun, zorg en hulp voor met name ouderen en andere hulpvragers in een buurt (schaalniveau: 1.500) . Inwoners kunnen lid worden van deze coöperatie en betalen hiervoor een lidmaatschapsbijdrage.
- d) sluit ook aan bij de ontwikkeling van Regionale Gezondheid Polissen die voortbouwen op de gemeentelijke minimapolissen. Via een Regionale Gezondheid Polis wordt de zorgconsumptie voor de regio geregeld, in opdracht van vertegenwoordigers van verzekeren in een regio. Gezondheidsservices krijgen in de aanvullende polis een plek. Via kortingsregelingen kan tevens gezond gedrag via de polis worden beloond. Data vanuit de wijk worden gebruikt om een Regionale Gezondheid Polis op maat te maken.

Met een wijkgezondheidsinfrastructuur kan voor en met de wijk een optimaal en diverser zorg- en gezondheidsaanbod worden georganiseerd, waar mogelijk informeel en met eHealth. Zonder data-, informatie en kennismanagement en (ICT-)coördinatie in de wijk blijven directbetrokkenen vasthouden aan de huidige (denk)kaders. Van elkaar weten wat er kan en elkaar kunnen vinden,

leidt tot ontschotting in denken en doen. Waardenoriëntatie, meer diversiteit in het wijkaanbod en gedragsverandering van professionals gaan hand in hand.

5. Vier kerndoelen staan centraal

Een wijkgezondheidsinfrastructuur is dienend. Vier kerndoelen staan centraal:

- Inwoners bij gezonde leefstijl én leefomgeving faciliteren, zelfregie stimuleren.
- Gezondheidsverschillen verkleinen.
- Kwetsbare inwoners beschermen en waar nodig ondersteuning bieden.
- Toegankelijke en goede preventie en zorg voor alle inwoners organiseren en laten financieren.

Deze doelen worden op wijkniveau met partners vertaald naar SMART-doelen. Dit proces wordt via een wijkgezondheidsinfrastructuur gefaciliteerd. Deze doelen kunnen immers niet door een zorgverzekeraar of gemeente worden opgelegd, maar zijn de uitkomst van samenwerking (lees: interactie, ontmoeting, kennis en deskundigheid) op wijkniveau. Over realisatie van de doelen worden resultaatsafspraken (met vergoeding) gemaakt met gemeente en zorgverzekeraar. Er zijn indicatoren in ontwikkeling die hierop anticiperen. Via een wijkgezondheidsinfrastructuur kan worden toegewerkt naar een landelijke benchmark voor gezondheidsprestaties. Door één coördinatiepunt in de wijk te hebben die deze gegevens nodig heeft, verzamelt en aanlevert.

6. Basisrandvoorwaarden wijkgezondheidsinfrastructuur

Hierboven hebben wij de contouren van een wijkgezondheidsinfrastructuur geschetst. Hieronder staan de basisrandvoorwaarden om deze in de wijk te realiseren:

A) Lokaal ofwel gemeentelijk niveau

In de gemeentelijke begroting komt **ruimte** voor een wijkgezondheidsinfrastructuur in de zin van:

- bijdragen aan multifunctionele accommodatie; verschillende disciplines zoveel mogelijk onder één dak brengen, daarbij aansluiten bij het gezondheidscentrum dat al een wijkfunctie heeft. Korte lijnen zijn vooral bij kwetsbare groepen essentieel.
- bijdragen aan coördinator 'Gezonde Wijk' die verschillende domeinen verbindt, bestuurlijke samenwerkingsafspraken maakt en de relatie met buurtinitiatieven versterkt.
- bijdragen aan diverse en laagdrempelige inlooplekken in de wijk en één aanspreekpunt en één digitale toegang organiseren.
- bijdragen aan gezondheidsprogramma's en -events voor alle wijkbewoners en strategische bijeenkomsten met de wijkpartners om data, politieke prioriteiten en behoeften van inwoners te vertalen naar SMART-doelen, prestatieafspraken en deze evalueren.

B) Landelijk ofwel Rijksoverheid (richtinggevend voor zorgverzekeraars):

In de bekostigingssystematiek komt **ruimte** voor een wijkgezondheidsinfrastructuur in de zin van:

- data-, informatie- en kennismanagement op wijkniveau (o.a. voor analyse van gegevens van gemeente, zorgverzekeraar en eerstelijnszorg) voor meer vraaggericht en integraal aanbod.

- co-creatie, uitwisseling en verspreiding van gezondheidsprogramma's en contracten met vormen van 'shared savings'.
- het organiseren van structurele financiering van preventie, innovatie en organisatie uit een deel van de 'shared savings'.
- eenduidig beheer van een sociale kaart met alles wat er al is in de wijk (en niet drie of soms zelfs vier sociale kaarten die elkaar deels overlappen of hiaten vertonen).
- geïntegreerd netwerk/één gezamenlijke leeromgeving voor alle professionals werkzaam in de wijk.
- beheer van gezamenlijk ICT-platform in de wijk (geen verschillende ICT-platforms) voor één Persoonlijk Gezondheid Dossier en de implementatie van eHealth-oplossingen.
- inrichten van ICT-coördinatiepunt voor afspraken over gegevensuitwisseling, ICT-koppelingen en wijkbrede communicatie via moderne communicatiekanalen.
- 'Wijkdokter' die het overzicht en het vertrouwen van de wijkpartners heeft om samenwerking in de wijk te initiëren en bij te sturen.

Voor alle duidelijkheid: het gaat hier om **ruimte** voor noodzakelijke basisrandvoorwaarden om een wijkgezondheidsinfrastructuur te organiseren. Uiteindelijk worden hiermee middelen bespaard die weer terugvloeien naar de wijk. Hierover moeten afspraken worden gemaakt. Partners in de wijk vormen een bestuurlijk samenwerkingsverband dat deze afspraken maakt.

7. Kwaliteits-, service- en schaalverschillen

Door de diversiteit van stad en platteland zijn gemeenten, huisartsen, paramedici, thuiszorg, GGZ en andere partners geografisch anders georganiseerd. Er is een breed besef dat gezondheid en zorg in de wijk georganiseerd moeten worden. Verschillende gezondheidscentra zijn bezig met het realiseren van een wijkgezondheidsinfrastructuur. Zij transformeren naar gezondheidspleinen met inlooppunten in de buurt, worden 1,5 lijnscentra, bieden onderdak aan centra voor jeugd en gezin en het sociale wijkteam en zij hebben stadspolis of spreekuren met specialisten. Er ontstaan kwaliteits-, service- en schaalverschillen op wijkniveau.

Voor een wijkgezondheidsinfrastructuur zijn verschillende ontwikkelstadia te erkennen, afhankelijk van het kwaliteits-, service- en schaalniveau. Om hieraan richting te geven is er een kwaliteitskader nodig waarbij onderstaande eerste indeling kan worden gebruikt:



A. Geïntegreerd Wijkgezondheidsplein: alle (informatie)diensten voor gezondheid en zorg zijn geïntegreerd, er is één (ICT)-coördinatiepunt met inlooplekken in de buurt. Hoofddoelgroep: alle inwoners van de wijk

B. Wijkgezondheidscoöperatie: herkenbare Multifunctionele Accommodatie, netwerk van professionals (teams) en ledenorganisatie voor informele zorg. Hoofddoelgroepen: vitale ouderen en voor andere relevante groepen is er passend aanbod.

C. Gezonde Wijk: samenwerking sociaal en zorg via bestuurlijk verband, zorg die aansluit bij behoeften en problematiek van wijk (OWZ). Hoofddoelgroep: achterstandsgroepen.

D. Integrale eerstelijnszorg: bij 'geïntegreerde eerstelijnszorg' (GEZ) werken disciplines uit de eerste lijn structureel samen. Hoofddoelgroepen: patiënten en chronisch zieken.

Nogmaals, het is een eerste mogelijke indeling op basis van actuele ontwikkelingen. Partners van deze Position Paper willen dit kwaliteitskader in 2016 uitwerken naar een landelijk kwaliteitskader.

8. Bekostiging en borging

De Wet Publieke Gezondheid schrijft voor dat gemeenten bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's. De Zorgverzekeringwet dekt risico's voor geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen wordt geleverd. De Wet maatschappelijke Ondersteuning (WMO) waarborgt realisatie van algemene voorzieningen voor inwoners die maatschappelijke ondersteuning nodig hebben.

De huidige (weliswaar versnipperde) wetgeving staat een 'Wijkgezondheidsinfrastructuur' niet in de weg. Echter, de achterliggende bekostigingssystematiek voor zorgverzekeraars en de huidige financiering door gemeenten scheppen hiervoor geen ruimte. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben andere doelen en belangen. Doelen die in de wijk tegenstrijdig zijn, niet bijdragen aan vraaggerichte en integrale arrangementen en niet leiden tot gezondheidsresultaten en -besparingen die landelijk gemonitord kunnen worden. Dit wordt met een wijkgezondheidsinfrastructuur wel mogelijk. Op basis van gezamenlijke doelen door, voor en vooral met de wijk.

9. Parallele oplossingen

Hieronder staan 3 oplossingen die geregeld moeten worden. Hieraan zijn geen extra kosten verbonden. Het gaat wel om een herschikking of integratie van bestaande budgetten op A) lokaal/gemeentelijk niveau en B) landelijk niveau.

1. Benoemen van 'wijkgezondheidsinfrastructuur' in Segment 2 van de 'Bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' én als onderdeel van welzijnszorg door gemeenten met vormen van 'shared savings'.
2. Overhevelen van beschikbare budgetten voor kennis, implementatie en ondersteuning naar de wijk met bestemming 'Wijkgezondheidsinfrastructuur'.
3. Ontwikkeling van een kwaliteitskader Wijkgezondheidsinfrastructuur door GezondNL en andere landelijke partners.

Voor alle duidelijkheid: het gaat om parallelle oplossingen. Alleen zo kan er een evenwichtige én een dynamische wijkgezondheidsinfrastructuur ontstaan.

10. Van praktijk naar kaders

Bovenstaande oplossingen bouwen voort op de kennis en ervaringen die de afgelopen vijf jaar zijn opgedaan met de Gezonde Wijkaanpak, zoals die wordt georganiseerd vanuit de eerstelijnszorg. Deze kennis wordt via de [Prezi](#) Infrastructuur van de Gezonde Wijk, de [poster](#) Gezonde Wijk en het [draaiboek](#) Infrastructuur Gezonde Wijk breed verspreid. De voorbeelden, de praktische tools en de wil van partners op wijkniveau zijn er. Het is tijd voor gezonde kaders.