Onplanbare Nachtzorg Wijkverpleging

Eindrapportage

Evaluatieonderzoek naar de implementatie van het kader voor toekomstbestendige wijkverpleging over onplanbare nachtzorg en de effecten daarvan

64546 | 17 maart 2021

Berenschot

Onplanbare Nachtzorg Wijkverpleging

Evaluatieonderzoek naar de implementatie van het kader voor toekomstbestendige wijkverpleging over onplanbare nachtzorg en de effecten daarvan

George Braam
Lieke Hoekman
Véronne de Vrind

17 maart 2021

Berenschot

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3
   1.1 Aanleiding en onderzoeksvraag 3
   1.2 Onderzoeksaanpak 4
   1.3 Leeswijzer 6
2. Samenvatting: Het kader onplanbare nachtzorg wordt grotendeels toegepast 7
   2.1 In elke regio is een eigen vorm voor de organisatie van de onplanbare nachtzorg 7
   2.2 Meerderheid van de zorgaanbieders hanteren grotendeels de afspraken gesteld in het kader of deze zijn in ontwikkeling 7
   2.3 De kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg wordt verschillend ervaren doordat het vanuit uiteenlopende perspectieven bekeken wordt 8
   2.4 Het kader draagt positief bij aan de organisatie van de onplanbare nachtzorg 8
   2.5 Een optimale organisatie van de onplanbare nachtzorg vraagt om meer samenwerking tussen zorgaanbieders en van zorgverzekeraars 10
3. Beelden van de organisatie van de onplanbare nachtzorg 11
   3.1 De meerderheid van de onderzochte regio's heeft afspraken gemaakt over de onplanbare nachtzorg conform het kader 11
   3.2 Organisatie van de onplanbare nachtzorg is divers 14
   3.3 De landelijke randvoorwaarden zijn grotendeels ingevuld en vormen geen belemmeringen voor de organisatie van de onplanbare nachtzorg 15
4. Resultaten van de gemaakte afspraken 17
   4.1 De herkenbare bereikbaarheidsfunctie en uniforme triage zijn in de meerderheid van de betrokken regio's aanwezig of in ontwikkeling 17
   4.2 De beschikbaarheidsfunctie is in de ruime meerderheid van de regio's aanwezig, maar niet alle zorgaanbieders wijkverpleging nemen deel of zijn aangesloten 19
   4.3 In de meeste regio's is er sprake van toegang tot cliëntgegevens en afspraken over de toegang tot de woning 21
   4.4 Cliënten hebben de keuzevrijheid bij wie zij zorg geleverd krijgen 22
   4.5 De organisatie van de onplanbare nachtzorg leidt tot een verbetering in de efficiëntie en samenwerking 22
5. Bekostiging van de onplanbare nachtzorg 24
   5.1 Ondanks bekostigingsafspraken wordt de onplanbare nachtzorg als niet-kostendekkend ervaren 24
   5.2 Toelichting van verschillende partijen op de bekostiging 26
   5.3 Kwantitatieve analyse van kostendekkendheid toont dat de kosten voor de onplanbare nachtzorg verweven zijn met bedrijfsvoering van de gehele organisatie 29

Bijlage 1. Betrokken personen: klankbordgroep en interviews 30
Bijlage 2. Respons op enquête 31
Bijlage 3. Enquête onder zorgaanbieders 32
Bijlage 4-6. Interviewleidraad zorgaanbieders, zorgverzekeraars en huisartsenposten 35
Bijlage 7. Uitvraag kostendekkendheid 38

1. Inleiding

De wijkverpleging is de afgelopen jaren flink in ontwikkeling. Minister de Jonge heeft in mei 2019 een kamerbrief opgesteld met daarin verschillende knelpunten in de wijze waarop de wijkverpleging functioneert. Naar aanleiding van deze brief hebben ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl en ZN het initiatief genomen om een gezamenlijk kader te maken om te komen tot een toekomstbestendige wijkverpleging. In de route naar herkenbare en aanspreekbare teams is prioriteit gegeven aan het versterken van de onplanbare nachtzorg. In dit rapport beschrijven wij het evaluatieonderzoek dat Berenschot heeft gedaan naar de implementatie van dit kader over de onplanbare nachtzorg.

Dit eerste hoofdstuk beschrijft de aanleiding, de onderzoeksvraag en de gehanteerde methode van het onderzoek naar de toepassing van het kader over de onplanbare nachtzorg, uitgevoerd door Berenschot.

1.1 Aanleiding en onderzoeksvraag

In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging hebben de HLA-partijen[1] afspraken gemaakt over uitgangspunten in de wijkverpleging tussen 2019 en 2022. In lijn hiermee is in de zomer van 2019 door ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl en ZN een gezamenlijk kader voor toekomstbestendige wijkverpleging opgesteld: “Samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging”. Berenschot is gevraagd om in de periode december 2020 tot en met januari 2021 onderzoek uit te voeren met als doel het evalueren van de implementatie van het kader ‘Samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging’ (hierna: kader toekomstbestendige wijkverpleging) over onplanbare nachtzorg en de effecten daarvan. Daarnaast biedt het onderzoek inzicht in de kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg.

De hoofdvraag van het evaluatieonderzoek is als volgt geformuleerd: *Worden de uitgangspunten van het gezamenlijk opgestelde kader over onplanbare nachtzorg toegepast door partijen?*

Het kader aangaande de onplanbare nachtzorg bestaat uit vier onderdelen:

- inhoudelijke kaders (herkenbare bereikbaarheidsfunctie, uniforme triage, beschikbaarheidsfunctie, toegang tot cliëntgegevens en de woning en keuzevrijheid voor de cliënt)
- landsdekkende regio-indeling
- organisatie van de onplanbare nachtzorg
- bekostiging van de onplanbare nachtzorg

Het doel van dit kader is het toewerken naar meer samenhang en samenwerking in de wijkverpleging. In dit kader zijn belangrijke uitgangspunten opgesteld voor de onplanbare nachtzorg, die per 1 januari 2020 prioriteit moeten krijgen. Doel is dat eind 2020 overal onplanbare nachtzorg in het hele land dekkend is georganiseerd conform het kader.

De partijen van HLA verenigd in de taakgroep contractering HLA Wijkverpleging hebben behoefte aan een evaluatieonderzoek naar de implementatie van het gezamenlijk opgestelde kader over onplanbare nachtzorg en de effecten daarvan. Daarnaast is er behoefte aan meer duidelijkheid over de kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg omdat hier verschillende inzichten over bestaan.

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn enkele subvragen opgesteld, welke zijn weergegeven in tabel 1.

[1] ActiZ, BTN, Zorgthuisnl, PFN, VNG, V&VN, ZN en VWS.

Tabel 1. Overzicht onderzoeksvragen

Onderzoeksthema's	Bijbehorende onderzoeksvragen
Hoofdvraag: Worden de uitgangspunten van het gezamenlijk opgestelde kader over onplanbare nachtzorg toegepast door partijen?	
Overzicht organisatie onplanbare nachtzorg	Hoe is de organisatie van de onplanbare nachtzorg vormgegeven? Is een landelijke dekking gerealiseerd? Zijn de werkwijzen geprotocolleerd? In hoeverre zijn de verschillende randvoorwaarden ingevuld en met welke gevolgen?
Resultaten van de gemaakte afspraken	Is er sprake van: Een herkenbare bereikbaarheidsfunctie? Uniforme triage? Een beschikbaarheidsfunctie? Toegang tot cliëntgegevens en de woning? Keuzevrijheid voor de cliënt? Leidt de samenwerking tot meer efficiency? Welke knelpunten worden ervaren en wat zijn daar mogelijke oplossingen voor?
Bekostiging van onplanbare nachtzorg	Hoe ziet de kostenopbouw eruit in relatie tot de aanpak en uitvoering? Wat is de definitie van kostendekkendheid inclusief kostenposten? Wordt de organisatie van de onplanbare nachtzorg door de verantwoordelijke zorgaanbieders kostendekkend uitgevoerd?

1.2 Onderzoeksaanpak

Voor het onderzoek is een klankbordgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, ActiZ, ZN, V&VN en NZa. Met deze klankbordgroep is de onderzoeksaanpak afgestemd, zijn de resultaten van het onderzoek besproken in een validatiesessie en de conceptversie van het eindrapport is aan hen voorgelegd. Hier zijn verschillende punten naar voren gekomen, waarvan feitelijke onjuistheden in dit rapport zijn aangepast en verduidelijkingen zijn aangebracht waar nodig. Wanneer partijen meningen of overtuigingen als reactie deelden, zijn deze niet verwerkt in het eindrapport.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, is gebruik gemaakt van drie onderzoeksinstrumenten. Allereerst zetten we een enquête uit onder zorgaanbieders in alle huisartsenposten(HAP)-regio's, waarna met negen zorgaanbieders een verdiepend interview heeft plaats gevonden. Ook hebben interviews plaatsgevonden met drie zorgverzekeraars en drie huisartsenposten. Als laatste zijn de negen zorgaanbieders waarmee verdiepende interviews zijn gehouden gevraagd om een uitvraag rondom de kostendekkendheid in te vullen. De onderzoeksinstrumenten zijn hieronder uitgebreider beschreven.

1.2.1 Enquête onder zorgaanbieders

Om in kaart te brengen in hoeverre de onplanbare nachtzorg landsdekkend is georganiseerd conform het kader 'Samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging', is een enquête uitgezet. Per HAP-regio is een zorgaanbieder als vertegenwoordiger aangewezen en uitgenodigd om de enquête in te vullen. In sommige gevallen is een zorgaanbieder gevraagd de enquête meermaals voor verschillende regio's in te vullen. Voor dit onderzoek zijn via ActiZ en Zorgthuisnl 39 partijen aangeschreven om voor 51 HAP-regio's een enquête in te vullen. Uit de reacties op de enquêtes is gebleken dat één HAP-regio door zorgaanbieders van onplanbare nachtzorg werd verdeeld in drie sub-regio's, dat het totaal aantal regio's 53 maakt.

Zorgaanbieders hebben vijf weken de tijd gekregen om de enquête in te vullen. De zorgaanbieder hebben na de eerste uitnodiging tweemaal een persoonlijke herinnering ontvangen voor een maximale respons. Na het sluiten van de enquête hebben 24 partijen de enquête ingevuld voor 31 verschillende regio's (respons van 58%). In

bijlage 2 staat een overzicht van de deelnemende partijen en een figuur dat inzicht geeft in de regio's waarvoor een enquête is ingevuld.

Onderwerpen behandeld in de enquête

De enquête bestond uit vier onderdelen: (1) algemene vragen over de onplanbare nachtzorg, (2) gerichte vragen over de inrichting van de verschillende inhoudelijke kaders van het kader, (3) vragen over de ervaring van al dan niet kostendekkend uitvoeren van de onplanbare nachtzorg, en (4) vragen over de uitkomsten van de samenwerking. De gehele enquête is terug te lezen in bijlage 3.

1.2.2 Interviews

Om de verschillende organisatiestructuren van de onplanbare nachtzorg en meer duidelijkheid rondom de kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg te verkrijgen, zijn veertien verdiepende interviews gehouden. Een overzicht van de interviews en de betreffende organisaties is weergegeven in figuur 1 en zijn terug te vinden in bijlage 1.

Figuur 1. Verdeling van de interviews.

1.2.2.1 Interviews met zorgaanbieders

Voor de interviews met zorgaanbieders is bewust gekozen om zowel regio's te spreken die de onplanbare nachtzorg als kostendekkend aanmerken, als met regio's waar dit niet het geval is. Eén interview met een zorgaanbieder behandelde zowel een kostendekkende regio als een niet kostendekkende regio. Voor één regio hebben twee gesprekken plaatsgevonden met twee verschillende zorgaanbieders.

Een belangrijk onderdeel van de interviews bestond uit het ophalen van informatie wat de onplanbare nachtzorg al dan niet kostendekkend maakt. Tijdens de interviews hebben wij ook gevraagd naar de belangrijkste indicatoren en kostenposten, die we in de uitvraag kostendekkendheid (zie 1.2.3) hebben toegepast. Daarnaast werden verdiepende vragen gesteld op basis van de informatie opgehaald uit de enquête rondom de organisatie van de onplanbare nachtzorg. De gehanteerde interviewleidraad is terug te vinden in bijlage 4.

1.2.2.2 Interviews met zorgverzekeraars

De interviews met zorgverzekeraars hadden als doel om vanuit financierend perspectief informatie op te halen rondom de organisatie en bekostiging van de onplanbare nachtzorg. Gekozen is om met zorgverzekeraars te spreken die actief zijn in zowel kostendekkende als niet kostendekkende regio's. Door deze interviews werd een beter beeld verkregen over de verschillende perspectieven rondom kostendekkendheid. De gehanteerde interviewleidraad is terug te vinden in bijlage 5.

1.2.2.3 Interviews met huisartsenposten

De interviews met de huisartsenposten hadden als doel om een integraal perspectief over de onplanbare nachtzorg te verkrijgen. Uit het kader blijkt dat de onplanbare nachtzorg in sommige regio's ook wordt ingezet door zorgaanbieders ter ontlasting van de huisartsenpost. Huisartsenposten hebben daarmee niet alleen belang

bij een efficiënte organisatie van de onplanbare nachtzorg, maar vormen mogelijk ook een deel van de wijze waarop bekostiging ervan wordt bewerkstelligd. De gehanteerde interviewleidraad is terug te vinden in bijlage 6.

1.2.3 Uitvraag kostendekkendheid

Na afronding van de interviews met de zorgaanbieders is een uitvraag naar de kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg uitgestuurd. Deze uitvraag is beperkt tot de indicatoren en kostenposten die van belang zijn voor de onplanbare nachtzorg. De uitgevraagde indicatoren en kostenposten zijn terug te vinden in bijlage 7.

De uitvraag is verstuurd naar acht zorgaanbieders. Zeven zorgaanbieders hebben gereageerd op de uitvraag. Voor een zorgaanbieder was het niet mogelijk tijdig de uitvraag in te vullen vanwege o.a. de hectiek rondom de coronacrisis en de benodigde administratieve handelingen.

Voor dit onderzoek is gekeken naar hoe de kostendekkendheid wordt ervaren door zorgaanbieders. De uitvraag naar de kostendekkendheid geeft daarnaast een cijfermatig inzicht, maar is geen vorm van benchmarking. Afspraken over de bekostiging vloeien logischerwijs voort uit de gemaakte organisatorische afspraken over hoe en door wie de onplanbare nachtzorg wordt geleverd. De verantwoordelijkheid om te komen tot passende afspraken voor het leveren van de onplanbare nachtzorg ligt bij de betrokken zorgaanbieder(s) en de zorgverzekeraar. De wijze waarop de zorg bekostigd wordt, varieert van regio tot regio. De uitkomsten uit dit onderzoek geven verschillende wijzen weer waarop de onplanbare nachtzorg bekostigd kan worden, maar bevat geen informatie over specifieke financiële afspraken tussen betrokken partijen.

1.3 Leeswijzer

Het vervolg van deze rapportage bestaat uit vier hoofdstukken. In hoofdstuk 2 vatten we de gegevens samen en komen we tot conclusies. In hoofdstuk 3 wordt de organisatie van de onplanbare nachtzorg besproken, in hoofdstuk 4 de resultaten van de gemaakte afspraken en in hoofdstuk 5 de kostendekkendheid ervan.

Het rapport heeft 7 bijlagen. In bijlage 1 staat een overzicht van de betrokken personen in de klankbordgroep en de geïnterviewde personen. In bijlage 2 wordt de respons per regio getoond. Bijlage 3 bevat de enquêtevragen, bijlagen 4-6 de interviewleidraden en in bijlage 7 worden de indicatoren en kostenposten van de uitvraag over kostendekkendheid getoond.

2. Samenvatting: Het kader onplanbare nachtzorg wordt grotendeels toegepast

Dit tweede hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van het evaluatieonderzoek. We vatten de uitkomsten samen van het onderzoek naar de organisatie van de onplanbare nachtzorg, de uitvoering van de gestelde uitgangspunten in het kader en de bekostiging van de onplanbare nachtzorg. Opvolgend beschrijven wij de mate waarin het gestelde doel dat overal de uitgangspunten van het kader over onplanbare nachtzorg worden toegepast is bereikt en welke factoren bepalend zijn bij de totstandkoming en bekostiging van het kader.

2.1 In elke regio is een eigen vorm voor de organisatie van de onplanbare nachtzorg

Van de onderzochte regio's heeft een meerderheid afspraken gemaakt over de onplanbare nachtzorg conform het kader en bij de overige regio's is deze vrijwel overal in ontwikkeling. Uit dit evaluatieonderzoek blijkt een stijging in het aantal regio's dat afspraken maakt om de onplanbare nachtzorg te organiseren onder invloed van instelling van het kader. Zorgaanbieders geven aan dat de landelijke randvoorwaarden, zoals gesteld in het kader, grotendeels zijn ingevuld en geen belemmeringen vormen voor de organisatie van de onplanbare nachtzorg.

Om de organisatie van de onplanbare nachtzorg vorm te geven, implementeren alle regio's een eigen vorm van een samenwerkingsverband. De precieze invulling loopt sterk uiteen en Berenschot onderscheidt vier varianten:

- een zelfstandige organisatie die de onplanbare nachtzorg aanbiedt voor ook andere aanbieders in de regio
- een gezamenlijk team opgezet vanuit meerdere zorgaanbieders
- hoofdaannemerschap van een of meerdere organisatie(s)
- geen vastgelegde afspraken gemaakt

We zien twee manieren waarop zorgaanbieders gebruik maken van de beschikbaarheidsdienst van een andere zorgaanbieder:

- via een abonnementstructuur waarbij een vast bedrag per jaar of een bijdrage wordt gevraagd gebaseerd op het aantal cliënten van de deelnemende zorgaanbieder;
- in de vorm van een overloopfunctie waarbij enkel bij een tekort aan personeel of kennis bij de eigen organisatie een cliënt door een andere zorgaanbieder de onplanbare nachtzorg geleverd krijgt.

2.2 Meerderheid van de zorgaanbieders hanteren grotendeels de afspraken gesteld in het kader of deze zijn in ontwikkeling

Onderdeel van het kader zijn inhoudelijke afspraken waaraan in de regio's door aanbieders aan moet worden voldaan. Het eerste is een herkenbare bereikbaarheidsfunctie. De *bereikbaarheidsfunctie* is in bijna alle deelnemende regio's aanwezig, of anders is deze in ontwikkeling. De uitgangspunten voor de bereikbaarheidsfunctie, zoals uniforme triage en deskundigheidsniveau, zijn bij de meerderheid van de regio's aanwezig of in ontwikkeling. Ook is in alle regio's de bereikbaarheidsfunctie toegankelijk voor personenalarmering (hoewel dit soms alleen voor cliënten in zorg geldt) of is dit in ontwikkeling. Het kader gaat ervan uit dat er één vaste bereikbaarheidsfunctie is. Wij zien in ons onderzoek echter dat de functie het vaakst is belegd bij meerdere zorgaanbieders, waardoor er meerdere nummers gebeld kunnen worden in de nacht.

De *beschikbaarheidsfunctie* is in alle regio's aanwezig. Over het algemeen zijn, hoewel dit wel mogelijk is, niet alle zorgaanbieders wijkverpleging aangesloten bij het beschikbaarheidsteam of de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg. Dit is vaker het geval in stedelijke gebieden dan in landelijke gebieden. De beschikbaarheidsfunctie is daarbij nog het vaakst belegd bij meerdere zorgaanbieders met meerdere teams die los van elkaar rijden, waarbij de zorgaanbieders de routes of gebieden niet verdeeld hebben.

De overige afspraken zoals gesteld in het kader worden grotendeels toegepast. Bij de meerderheid van de regio's is er sprake van *toegang tot cliëntgegevens en afspraken over de toegang tot de woning*. Na het leveren van onplanbare nachtzorg hebben cliënten *keuzevrijheid* over door wie zij eventueel opvolgende geplande zorg geleverd krijgen. De respondenten geven aan dat de organisatie van de onplanbare nachtzorg leidt tot een verbetering van efficiëntie en samenwerking. Wat betreft de kwaliteit van zorg geeft een kleine meerderheid van de respondenten aan dat dit gelijk is gebleven, en de rest geeft aan dat de kwaliteit is toegenomen.

2.3 De kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg wordt verschillend ervaren doordat het vanuit uiteenlopende perspectieven bekeken wordt

Het blijkt dat betrokkenen de vraag, of onplanbare nachtzorg kostendekkend is, op verschillende manieren benaderen. Alle zorgaanbieders geven aan dat de productiviteit in de nacht laag is, waardoor sec kijkend naar de verhouding tussen baten en kosten in de nacht het aanbieden van onplanbare nachtzorg niet kostendekkend is. Wanneer gekeken wordt naar de inkomsten van de aanbieder vanuit de gehele wijkverpleging, dan geeft een deel van de respondenten aan dat de inkomsten vanuit de gehele wijkverpleging de kosten van de onplanbare nachtzorg kunnen compenseren. Zorgaanbieders die het laatste perspectief hanteren zijn zorgaanbieders die niet specifiek baten of kosten kunnen toebedelen aan de onplanbare nachtzorg.

Bij de kostendekkendheid is een positieve samenhang te zien tussen de hoeveelheid deelnemende zorgaanbieders en de kostendekkendheid. De mate van deelname van zorgaanbieders aan de samenwerking om de onplanbare nachtzorg te organiseren, is de grootste factor bij het verminderen van de lasten voor elke individuele zorgaanbieder. Bij een toenemend aantal deelnemende zorgaanbieders neemt het totale volume toe en de kosten per deelnemer af.

2.4 Het kader draagt positief bij aan de organisatie van de onplanbare nachtzorg

De hoofdvraag van het evaluatieonderzoek is of de uitgangspunten van het opgestelde kader over onplanbare nachtzorg zijn toegepast door partijen? Op basis van ons onderzoek concluderen wij dat het merendeel van de deelnemende regio's grotendeels de uitgangspunten heeft ingevuld of dat deze nog in ontwikkeling zijn. Wij merken daarbij op dat het kader positief heeft bijgedragen aan de toename van het aantal regio's waarin de organisatie van de onplanbare nachtzorg gezamenlijk wordt ingevuld. In die zin is in 2020 nog geen landelijke dekking gerealiseerd, maar is duidelijk een beweging te zien naar een grotendeels landelijke dekking van samenwerkingsafspraken voor de organisatie van onplanbare nachtzorg conform het kader. We zien dat de organisatie van de onplanbare nachtzorg sterk verschilt per regio. Dit is in lijn met de redeneerlijn uit het kader toekomstbestendige wijkverpleging dat iedere regio anders is en de wijze van organiseren aansluit bij de lokale behoeften en gewoonten.

Landelijk leidt het kader en de daaropvolgende samenwerking voor een toename van efficiëntie. Desondanks komt uit het onderzoek dat meerdere zorgaanbieders in veel regio's zowel de bereikbaarheidsfunctie als de beschikbaarheidsfunctie aanbieden. Terwijl in het toekomstbestendige kader het verdelen van routes of gebieden als efficiënt verondersteld wordt. De kwaliteit van zorg is toegenomen of minimaal gelijk gebleven. De beschikbaarheid van zorg en de keuzevrijheid zijn gehandhaafd. Uit de respons komt naar voren dat cliënten geen nadelen ervaren door de toegenomen samenwerking voor de onplanbare nachtzorg. De resultaten van de gemaakte afspraken tonen eenzelfde beeld als de landelijke dekking. Ook hier is een duidelijke positieve beweging te constateren waarbij aan de gestelde uitgangspunten wordt voldaan.

2.4.1 Bepalende factoren bij de organisatie van de onplanbare nachtzorg

Een gedeelde visie bevordert de organisatie van de onplanbare nachtzorg

Bij de start helpt het zorgaanbieders als zij kunnen voortbouwen op reeds bestaande samenwerkingen. Bij de reeds bestaande samenwerkingen is dan het gemeenschappelijke en maatschappelijke belang al duidelijk. In

regio's waar dit nog niet het geval was, werkt het kader in veel gevallen als een impuls om nieuwe samenwerkingen op te zetten.

In lijn met bovenstaand punt, blijkt dat grote verschillen in de uitvoering van de zorg het tot stand komen van samenwerking tussen zorgaanbieders om gezamenlijk onplanbare te organiseren juist belemmeren. Hierbij valt te denken aan verschil in visie op planbare nachtzorg en gehanteerde systemen voor toegang tot de woning en cliëntgegevens. Het kost hierdoor meer tijd om tot een gezamenlijke missie te komen en om draagvlak te creëren voor verandering, zowel binnen de eigen organisatie als bij medewerkers.

De intrinsieke motivatie van zorgaanbieders om door te ontwikkelen bevordert de daadkracht om de organisatie op te zetten

Om te starten helpt het ook als zorgaanbieders risico's durven te nemen om te investeren in de organisatie voor de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg. Vooraf is niet duidelijk te zeggen of bijvoorbeeld het gezamenlijk vormen van een beschikbaarheidsteam, het verdelen van routes, of een abonnementstarief daadwerkelijk leidt tot meer efficiëntie. Een zekere drive voor ontwikkeling stimuleert zorgaanbieders daarom om samen met andere zorgaanbieders, HAP's en SEH's de samenwerking aan te gaan. Als zij de noodzaak voor ontwikkeling goed weten over te brengen, dan stimuleert het ook zorgmedewerkers op het operationele niveau om contact te maken met elkaar voor werkbare afspraken en om van elkaar te leren.

2.4.2 Bepalende factoren voor de bekostiging van de onplanbare nachtzorg

Het organiseren van de bekostiging van de onplanbare nachtzorg verhoogt de administratieve lasten en facturatie blijkt niet eenvoudig

De administratieve lasten bij het onderling facturen aan deelnemende partijen en aan niet-deelnemende partijen, hebben een negatief effect op de kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg. De administratie die ontstaat bij het leveren van zorg in de nacht aan andere aanbieders vergroot de rompslomp en daarmee de kosten.

Meer deelnemende zorgaanbieders bevordert de efficiëntie en kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg

Onplanbare nachtzorg wordt gekenmerkt door lage productiviteit, waardoor het niet efficiënt is als meerdere teams in dezelfde route(s) rijden. Voor de uitvoering van de onplanbare nachtzorg is daarom deelname van andere zorgaanbieders een belangrijke factor. Bij deelname van zo veel mogelijk zorgaanbieders in de regio aan de samenwerkingsafspraken, en door bekostiging van hun *fair share,* neemt namelijk de mate van kostendekkendheid toe voor zowel de organisator als de deelnemer aan het samenwerkingsverband voor de onplanbare nachtzorg. Dan worden routes eerder efficiënt verdeeld zodat er geen overlap is, of verzorgt één team de onplanbare nachtzorg in de gehele regio.

Weinig inzicht in de precieze kosten en baten van de onplanbare nachtzorg bemoeilijkt het gesprek over de bekostiging

Een van de uitgangspunten voor de bekostigingsafspraken is het kostendekkend kunnen uitvoeren van de onplanbare nachtzorg. Voor veel regio's is het echter niet inzichtelijk wat de daadwerkelijke kosten zijn voor wat betreft de onplanbare nachtzorg, omdat kostenposten niet makkelijk te onderscheiden zijn van zorg overdag. Daarnaast zorgt het integrale tarief ervoor dat het niet duidelijk is wat de precieze baten zijn voor sec de onplanbare nachtzorg.

Zorgaanbieders missen een actieve rol van zorgverzekeraars

Tot slot blijkt dat de zorgaanbieders een actieve rol van de zorgverzekeraar missen. Zorgverzekeraars kunnen volgens zorgaanbieders een stimulerende prikkel geven aan samenwerkingsverbanden om te kiezen voor het

hanteren van een abonnementstarief voor het leveren van de onplanbare nachtzorg, wat bijdraagt aan de verbetering van de bekostiging. En zorgverzekeraars zouden niet deelnemende partijen kunnen stimuleren om deel te nemen aan het samenwerkingsverband voor de onplanbare nachtzorg, waardoor zowel efficiëntie en kostendekking verbeteren.

2.5 Een optimale organisatie van de onplanbare nachtzorg vraagt om meer samenwerking tussen zorgaanbieders en van zorgverzekeraars

Berenschot concludeert dat een landelijke dekking van de onplanbare nachtzorg conform het kader nog niet is gerealiseerd. Samenwerking is doorslaggevend bij de organisatie van onplanbare nachtzorg voor landelijke dekking en het realiseren van de gezamenlijk afspraken. Optimale dekking en efficiëntie worden bereikt wanneer alle zorgaanbieders in een regio deelnemen. In het onderzoek hebben we gezien dat dit nog niet overal het geval is. Hier lijkt een rol weggelegd voor zorgverzekeraars samen met de zorgaanbieders. Door gezamenlijk op te trekken voor een zo groot mogelijke verbreding van het samenwerkingsverband voor de onplanbare nachtzorg in een regio, verminderen zij de gevolgen van *free riders*. Verder zou het goed zijn dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte pakken en met elkaar het gesprek voeren om onplanbare nachtzorg verder te ontwikkelen. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van een abonnementstarief. Ook wordt niet overal de beleidsregel voor een aparte vergoeding van de beschikbaarheidsfunctie toegepast. Zorgaanbieders kunnen, door scherp te zijn op het inzichtelijk maken van de kosten voor de organisatie van onplanbare nachtzorg, met voldoende basis het gesprek aan met zorgverzekeraars voor aanvullende financiële afspraken.

3. Beelden van de organisatie van de onplanbare nachtzorg

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop de onplanbare nachtzorg is georganiseerd bij de zorgaanbieders in de regio's die deelnamen aan de interviews en de enquête. We bespreken achtereenvolgens de mate waarin in deze regio's afspraken zijn gemaakt over de onplanbare nachtzorg conform het kader, de gekozen organisatievorm en de invulling van de landelijke randvoorwaarden die volgens de schrijvers van het kader 'toekomstbestendige wijkverpleging' noodzakelijk waren voor de organisatie van de onplanbare nachtzorg.

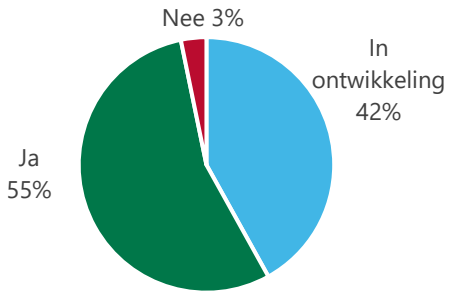
Op basis van de respons op onze enquête en verdiepende interviews, destilleren wij de volgende hoofdpunten:

- De meerderheid van de onderzochte regio's heeft afspraken gemaakt over de onplanbare nachtzorg conform het kader.
- Het aantal regio's dat afspraken maakt en deze in de praktijk toepast over de onplanbare nachtzorg neemt in de afgelopen jaren toe. In 2021 gaat een derde van de regio's de afspraken over de organisatie in de praktijk toepassen.
- De gekozen organisatievorm kunnen we onderscheiden in de volgende vier hoofdvarianten, hoewel de precieze invulling in alle regio's sterk uiteenloopt: Zelfstandige organisatie, Vanuit meerdere aanbieders een gezamenlijk team, Hoofdaannemerschap van een of meerdere organisatie(s), Geen (vastgelegde) afspraken gemaakt.
- Zorgaanbieders die aansluiten bij de organisatie van de onplanbare nachtzorg doen dat veelal in de vorm van een abonnementstructuur, waarbij de zorgaanbieder op basis van het aantal cliënten een vast bedrag bijdraagt, of de onplanbare nachtzorg wordt uitgevoerd in de vorm van een overloopfunctie, waarbij een andere zorgaanbieder de zorg voor een cliënt tijdelijk overneemt.
- De landelijke randvoorwaarden zijn met uitzondering van de Wet Toetreding Zorgaanbieders (Wtza) ingevuld, en vormen geen belemmeringen voor de organisatie van de onplanbare nachtzorg.

3.1 De meerderheid van de onderzochte regio's heeft afspraken gemaakt over de onplanbare nachtzorg conform het kader

De partijen die het kader toekomstbestendige wijkverpleging schreven, hebben als doel gesteld dat in 2020 de onplanbare nachtzorg in heel Nederland binnen de inhoudelijke kaders (met betrekking tot herkenbare bereikbaarheidsfunctie, uniforme triage, beschikbaarheidsfunctie, toegang tot cliëntgegevens en woning, keuzevrijheid voor cliënten) georganiseerd is. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders (samen met hun zorgprofessionals) en de zorgverzekeraars om te komen tot een regio-indeling die ervoor zorgt dat in heel Nederland (landsdekkend) binnen dezelfde kaders de onplanbare nachtzorg is georganiseerd. De partijen adviseren om de indeling te laten aansluiten bij de HAP-regio's, maar hier kan van worden afgeweken als de voorkeur van de regio uitgaat naar een andere indeling.

In de eerste vraag van de enquête vragen wij daarom of in de regio waarvoor de enquête wordt ingevuld afspraken zijn gemaakt over de onplanbare nachtzorg conform het kader. Op basis van de respons (figuur 2), blijkt dat in de meerderheid van de regio's (55%) sprake is van samenwerking omtrent de onplanbare nachtzorg of dat deze in ontwikkeling is (42%) *conform het kader* over de toekomstbestendige wijkverpleging. Dit laatste is van belang om te benoemen. Uit interviews blijkt dat er in sommige regio's al sprake was van samenwerking om de onplanbare nachtzorg te realiseren, maar dat deze (nog) niet conform het kader is. Slechts één respondent geeft aan dat er nog geen samenwerking is. Dit betreft een regio waar één zorgaanbieder de functie van onplanbare nachtzorg voor de circa 20 zorgaanbieders in de regio aanbiedt, waarbij geen sprake is – zo geeft de respondent aan – van een samenwerkingsverband. Op basis van de antwoorden in de enquête (31 van de 53 HAP-regio's; figuur 2), maken wij dus op dat er in 2020 geen volledige landelijke dekking van de onplanbare nachtzorg is *conform het kader*. Wel is een duidelijke beweging zichtbaar naar landelijke dekking.



Figuur 2. Aantal regio's dat aangeeft afspraken te hebben gemaakt in de regio conform het kader toekomstbestendige wijkverpleging. Aantal respondenten enquête: n=31.

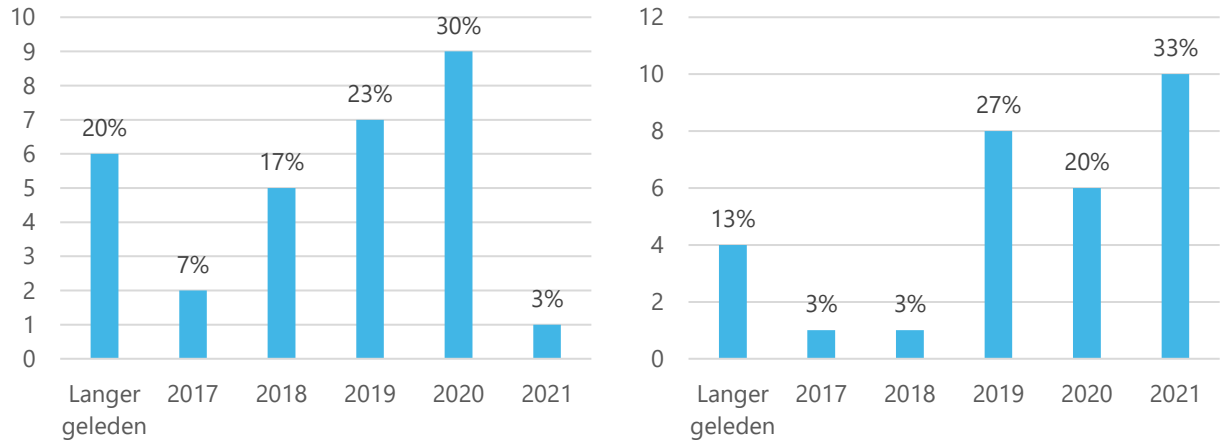
Daarnaast geeft ons onderzoek ook een beeld over de toepassing van de voorgestelde HAP-regio-indeling voor de onplanbare nachtzorg. De respons op de enquête en de interviews toont dat er in veel gevallen gebruik wordt gemaakt van de voorgestelde regio-indeling van HAP-regio's. Sommige regio's leven de grenzen van de HAP-regio's niet strikt na. In een enkel geval is de HAP-regio uitgebreid zodat de beschikbaarheidsfunctie aan alle cliënten van zorgaanbieders binnen een HAP-regio zorg levert, of is een HAP-regio in meerdere kleine gebieden verdeeld. De opgehaalde informatie levert het beeld op dat de onplanbare nachtzorg voor iedereen beschikbaar is in de regio's betrokken bij dit onderzoek. Berenschot ziet geen aanleiding om aan te nemen dat dit in andere regio's anders is.

Concluderend maken wij op dat onplanbare nachtzorg in alle regio's beschikbaar is en dat de onplanbare nachtzorg vanuit de HAP-regio-indeling georganiseerd is, maar dat de onplanbare nachtzorg (nog) niet in alle regio's conform de gestelde kaders is georganiseerd.

Deel van de partijen was al gestart met samenwerking en de uitvoering daarvan, deel pas na het kader

We hebben gevraagd naar de start van de samenwerking in de regio en de datum van de toepassing van de afspraken die hieruit volgen, met als doel indicatie of het kader bijdraagt aan samenwerking voor de organisatie van planbare nachtzorg. In figuur 3 (volgende bladzijde) is te zien dat het aantal regio's waarin een samenwerking start toeneemt, met in 2020 het hoogste aantal. We zien daarnaast dat een vijfde van de respondenten aangeeft dat de samenwerking al zo lang bestaat dat een specifieke start niet meer te herleiden is. Het is belangrijk om te vermelden dat hier niet specifiek is uitgevraagd naar een samenwerking die conform het kader is georganiseerd, maar samenwerking in algemene zin rondom de onplanbare nachtzorg.

Als we kijken naar de toepassing van de afspraken uit deze samenwerking in de praktijk, zien we dat meer dan de helft van de respondenten afspraken in de praktijk vanaf 2020 toepast of nog moet starten. Dit is een indicatie dat het kader bijdraagt aan het verwezenlijken van afspraken. Een open enquêtevraag over positieve en negatieve punten van de onplanbare nachtzorg bevestigt dit. Voor vier respondenten is het kader duidelijk, dient het als impuls tot verbetering van de zorg en zorgt het kader voor extra aandacht voor de verschillende uitgangspunten, zoals een reële bekostiging.



Figuur 3. Het jaar waarin de samenwerking is gestart (links) en het jaar waarin de afspraken uit de samenwerking zijn toegepast (rechts). Aantal respondenten enquête: n=30.

De interviews versterken dit beeld. Bij een aantal zorgaanbieders met in meer of mindere mate van samenwerkingsverbanden is deze samenwerking na het instellen van het kader versterkt. Zorgaanbieders waar nog geen sprake was van samenwerking op het gebied van de onplanbare nachtzorg zijn na het instellen van het kader actief bezig gegaan om een samenwerkingsverband op te zetten.

Deelnemende partijen

We vroegen ook naar de partijen die betrokken zijn bij de afspraken omtrent onplanbare nachtzorg (tabel 2). Hieruit blijkt dat naast zorgaanbieders wijkverpleging, in de meerderheid van de deelnemende regio's sprake is van betrokkenheid door de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) -sector (70%), huisartsen(posten) (60%) en zorgverzekeraar(s) (57%). De spoedeisende hulp / ziekenhuizen en woningcorporaties zijn daarentegen beperkt, en gemeente(n) en politie zijn in geen enkele regio betrokken onder respondenten. Het antwoord 'Anders' duidt op een zorgcentrale, een medisch servicecenter of in twee gevallen op een zorgkantoor.

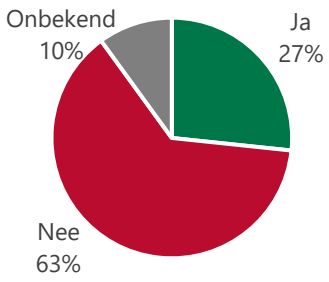
Tabel 2. Betrokken partijen bij de afspraken omtrent onplanbare nachtzorg in deelnemende regio's (n=30)

Zorgaanbieders Wijkverpleging	100%
Zorgaanbieders Verpleging	70%
Verzorging en thuiszorg	73%
Huisartsen(posten)	60%
Spoedeisende hulp/Ziekenhuizen	30%
Zorgverzekeraar(s)	57%
Gemeente(n)	0%
Politie	0%
Woningcorperaties	7%
Anders	13%

3.2 Organisatie van de onplanbare nachtzorg is divers

Het kader toekomstbestendige wijkverpleging stelt dat zorgaanbieders per regio organisatorische afspraken maken over het verbeteren van de organisatie en de efficiëntie van de onplanbare nachtzorg. De gekozen organisatievorm moet daarbij aansluiten bij de ervaring van de professionals.

De respons uit de enquête laat zien dat de meerderheid (63%) van de regio's geen gezamenlijke organisatorische of juridische vorm inrichten om de onplanbare nachtzorg te leveren (figuur 4).



Figuur 4. Aantal regio's met een organisatie of juridische vorm waarin bekostigings- en samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd. Aantal respondenten enquête: n=30.

De verdiepende interviews tonen aan dat elke regio op een andere manier de organisatie van de onplanbare nachtzorg vormgeeft. Over het algemeen onderscheiden wij vier hoofdvarianten, hoewel de precieze invulling in alle regio's uiteenloopt. Deze hoofdvarianten zijn weergegeven in onderstaande tabel.

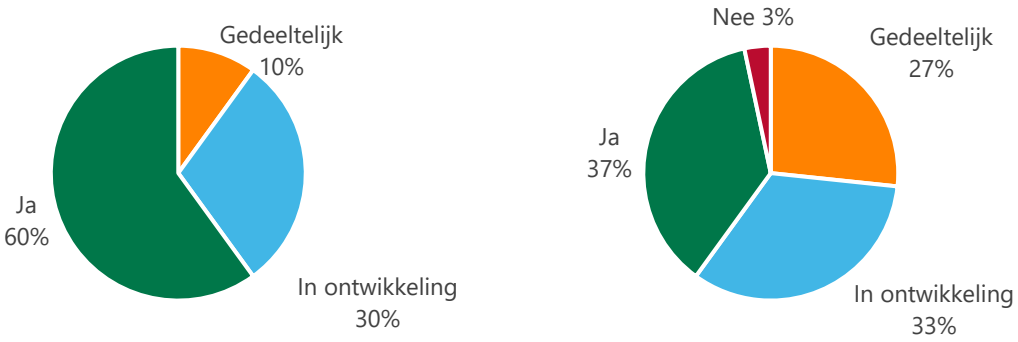
Tabel 3. Overzicht hoofdvarianten van organisatie voor de onplanbare nachtzorg.

Organisatie structuur	Voorbeeld van uitvoering
Zelfstandige organisatie	Zelfstandige levering van onplanbare nachtzorg, waarbij aanbieders kunnen aansluiten
Vanuit meerdere aanbieders een gezamenlijk team	Één team voor de aangesloten aanbieders (eventueel in coöperatievorm) Wisselende teams of verdeling van wijken
Hoofdaannemerschap van een of meerdere organisatie(s)	Samenwerking tussen meerdere partijen, waarbij één of meer organisatie(s) alle routes rijden voor alle aangesloten partijen
Geen vastgelegde afspraken gemaakt	Vanuit jarenlange samenwerking en groot marktaandeel worden waar nodig cliënten van elkaar geholpen en ongeplande nachtzorg geleverd. De samenwerking werkt voldoende, maar afspraken staan nog niet zwart op wit

Naast de verschillen in de organisatie voor de onplanbare nachtzorg, verschilt ook de wijze van aansluiting voor zorgaanbieders aan het samenwerkingsverband per regio. In veel gevallen sluiten partijen aan door middel van een *abonnementstructuur*. Dan vraagt een organisatie een vast bedrag per jaar of een bijdrage op basis van het aantal cliënten in zorg bij de deelnemende organisatie.

In veel gevallen is het daarnaast mogelijk dat de onplanbare nachtzorg in de vorm van een *overloopfunctie* wordt uitgevoerd. In dit geval voert een andere zorgaanbieder de ongeplande nachtzorg uit op het moment dat de eigen zorgaanbieder onvoldoende capaciteit en/of expertise in huis heeft om de gevraagde ongeplande nachtzorg te leveren. Bij een dergelijke samenwerking betalen partijen geen abonnementskosten. De organisatie die de ongeplande nachtzorg levert de zorg en kiest er al dan niet voor om een factuur te sturen naar de organisatie waar de betreffende cliënt in zorg is.

3.2.1 Wijze van vastlegging van de afspraken



Figuur 5. Mate waarin afspraken omtrent onplanbare nachtzorg schriftelijk zijn vastgelegd (links) en de werkwijzen zijn geprotocolleerd (rechts).

Als we kijken naar hoe de regio afspraken over de onplanbare nachtzorg vastlegt, blijkt dat de meerderheid van de regio's (60%) de afspraken schriftelijk vastlegt. Dit is in andere regio's nog in ontwikkeling (30%) of ze leggen de afspraken gedeeltelijk vast (10%) (figuur 5). Daarnaast zien we dat alle regio's -op één regio na- werkwijzen op zijn minst gedeeltelijk protocolleren (64%) of dit is in ontwikkeling (33%). Ons onderzoek laat dus zien dat regio's in een zekere mate afspraken omtrent onplanbare nachtzorg vastleggen.

3.3 De landelijke randvoorwaarden zijn grotendeels ingevuld en vormen geen belemmeringen voor de organisatie van de onplanbare nachtzorg

Het zorgveld (zorgprofessionals, zorgaanbieder en zorgverzekeraars) in de regio pakt gezamenlijk het verbeteren van de onplanbare nachtzorg op, aldus het kader. Het kader beschrijft ook vier cruciale randvoorwaarden waarvoor duidelijkheid noodzakelijk was. De verantwoordelijkheid voor het 'oplossen' van deze punten lag niet bij het veld, maar bij overheden of koepelorganisaties en betrof de volgende onderwerpen (zie ook het kader, bladzijde 12):

1. Instellen van criteria voor toelating van nieuwe en toetsing van bestaande zorgaanbieders (VWS)
2. Mededingingswetgeving zit vooralsnog samenwerking niet in de weg (Autoriteit Consument en Markt (ACM))
3. Fiscale wetgeving mag samenwerken niet belemmeren (VWS)
4. Delen van cliëntgegevens is binnen de AVG (Algemene verordening gegevensbescherming) mogelijk (Autoriteit Persoonsgegevens)

Onderstaand figuur geeft een overzicht van de punten die sindsdien per onderwerp zijn toegelicht door de desbetreffende partijen.

Strengere criteria voor toelating van nieuwe / toetsen van bestaande zorgaanbieders (taak VWS)	• Wet Toetreding Zorgaanbieders (Wtza) regelt de meldplicht voor zowel nieuwe als reeds bestaande zorgaanbieders. Hierdoor kan beoordeeld worden of een zorgaanbieder in staat zal zijn goede zorg aan te bieden en zal kunnen voldoen aan andere wettelijke eisen. De wet is nog niet in werking; naar verwachting treedt de wet op 1 januari 2022 in werking.
Reactie over kaders waarbij mededingingswetgeving samenwerking niet in de weg zit (taak ACM)	• De ACM stelt dat het gezamenlijk organiseren van bereikbaarheidsfunctie is toegestaan. • De samenwerking binnen de wijkverpleging ligt ingewikkelder. Hiervoor wordt gewezen naar de uitgangspunten over samenwerking op de website van de ACM, zoals over de samenwerking op de onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg of richtsnoeren voor de zorgsector.
Inzicht in invloed van fiscale wetgeving op samenwerking in de onplanbare nachtzorg (taak niet belegd bij specifieke partij)	• Dit moet per situatie beoordeeld worden, dus er is geen algemene uitspraak opgesteld. • De beoordeling of er sprake is van btw-vrijgestelde of btw-belaste prestaties is belegd bij lokale belastinginspecteur.
Uitspraak over delen van cliëntgegevens binnen AVG-kader (taak Autoriteit Persoonsgegevens)	• Dit is in principe toegestaan als vastgelegd is in verwerkersovereenkomst, dat cliënt op de hoogte is en toestemming heeft gegeven. • Omtrent dit onderwerp is een kader opgesteld in opdracht van ActiZ en Zorgthuisnl genaamd 'Handreiking persoonsgegevens onplanbare nachtzorg'.

De verdiepende interviews tonen dat er geen problemen naar voren komen rondom de door het kader gestelde randvoorwaarden. Geïnterviewden ervaren geen belemmeringen door de randvoorwaarden, noch missen zij randvoorwaarden die landelijk vastgesteld moeten zijn. Hoewel geïnterviewden de randvoorwaarden niet als belemmerend ervaren, blijkt dat de kaders rondom de AVG en delen van cliëntgegevens nog niet in alle gevallen volledig is ingeregeld. Dit lichten wij nader toe in paragraaf 4.3.

4. Resultaten van de gemaakte afspraken

In dit hoofdstuk bespreken wij de resultaten van de gemaakte afspraken. We bespreken achtereenvolgens de verschillende uitgangspunten zoals deze zijn beschreven in het kader toekomstbestendige wijkverpleging: de bereikbaarheidsfunctie, beschikbaarheidsfunctie, toegang tot cliëntgegevens en de woning, keuzevrijheid van de cliënt en tot slot de effecten van de organisatie van de onplanbare nachtzorg op efficiëntie en kwaliteit van de zorg en de samenwerking.

Op basis van de respons op onze enquête en verdiepende interviews met organisaties en HAP's, zien we de volgende resultaten van de gemaakte afspraken over de onplanbare nachtzorg:

- De bereikbaarheidsfunctie is in bijna alle deelnemende regio's aanwezig, anders is deze in ontwikkeling
  - De functie is het vaakst belegd bij meerdere zorgaanbieders
  - De uitgangspunten voor de bereikbaarheidsfunctie, zoals uniforme triage en deskundigheidsniveau, zijn in de meerderheid van de regio's aanwezig of in ontwikkeling
  - In alle regio's is de bereikbaarheidsfunctie toegankelijk voor personenalarmering (hoewel dit soms alleen voor cliënten in zorg geldt) of dit is in ontwikkeling
- De beschikbaarheidsfunctie is in bijna alle regio's aanwezig
  - Deze functie is het vaakst belegd bij meerdere zorgaanbieders met meerdere teams die los van elkaar rijden waarbij routes of gebieden niet verdeeld zijn; dit is niet conform het kader toekomstbestendige wijkverpleging dat stelt dat het inefficiënt is wanneer meerdere zorgaanbieders in een regio de ongeplande nachtzorg leveren
  - In de meerderheid van de regio's zijn niet alle zorgaanbieders wijkverpleging aangesloten bij het beschikbaarheidsteam of de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg
  - In bijna alle regio's is het mogelijk om bij de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg aan te sluiten
- In de meerderheid van de regio's is er sprake van toegang tot cliëntgegevens en afspraken over de toegang tot de woning
- Cliënten hebben keuzevrijheid door wie zij geplande zorg geleverd krijgen
- De organisatie van de onplanbare nachtzorg leidt tot een verbetering in de efficiëntie en samenwerking.

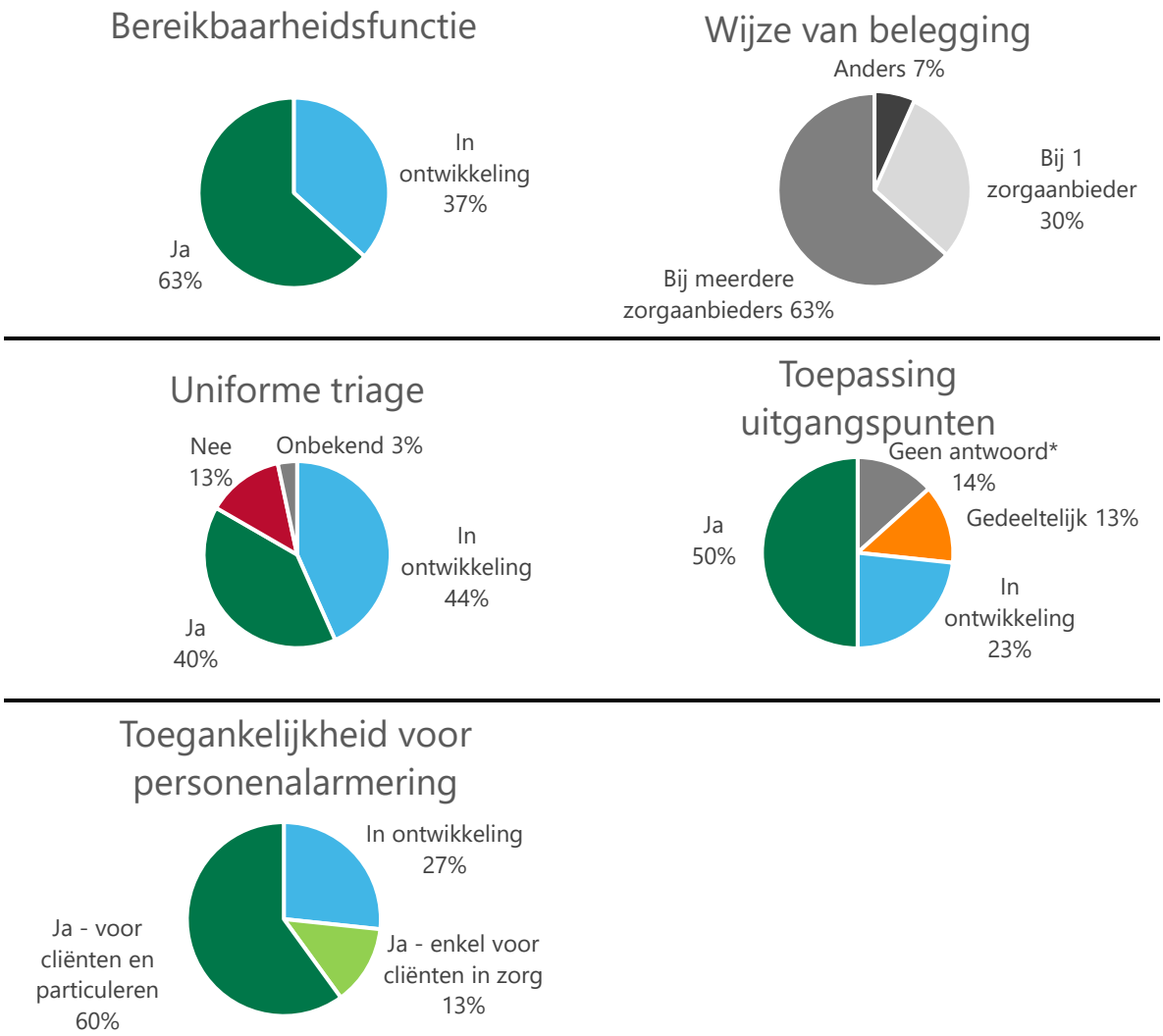
4.1 De herkenbare bereikbaarheidsfunctie en uniforme triage zijn in de meerderheid van de betrokken regio's aanwezig of in ontwikkeling

Het kader toekomstbestendige wijkverpleging stelt als uitgangspunt dat elke regio een vaste herkenbare bereikbaarheidsfunctie heeft die in de nacht altijd telefonisch bereikbaar is. De bereikbaarheidsfunctie voert altijd namens alle professionals en zorgaanbieders in de regio een uniforme triage uit op basis waarvan bepaald wordt of er nachtzorg nodig is of niet. Daarnaast moeten er regionaal afspraken zijn over de toegankelijkheid van de bereikbaarheidsfunctie voor personenalarmering. In het kader staan verder uitgangspunten ten aanzien van de uitvoering van de bereikbaarheidsfunctie: voor uitvoering wordt minimaal een verpleegkundige niveau 4 ingezet, deze professional heeft minimaal twee jaar ervaring in de directe cliëntenzorg, en is bevoegd en bekwaam om te kunnen triëren en in acute situaties adequaat te kunnen handelen en opschalen.

De resultaten uit de enquête over hoe de bereikbaarheidsfunctie in de praktijk wordt georganiseerd zijn te zien in figuur 6 (volgende bladzijde). Uit de resultaten is op te maken dat alle regio's, die aangeven een vorm van samenwerking te hebben omtrent de onplanbare nachtzorg conform het kader (n=30; 1 regio gaf aan dat dit niet het geval is), een bereikbaarheidsfunctie hebben (63%) of dat deze in ontwikkeling is (37%). Deze functie is per

regio verschillend belegd, variërend van één zorgaanbieder (30%) tot meerdere zorgaanbieders (63%) tot aan centrale belegging bij een coöperatie of medisch service centrum (‘Anders’, 7%).

Figuur 6 toont dat in de meeste regio’s uniforme triage in ontwikkeling is (44%) of volgens het kader plaatsvindt (40%). Een deel van de respondenten (13%) geeft echter aan dat er geen uniforme triage plaatsvindt. De interviews geven hetzelfde beeld: regio’s implementeren de uniforme triage (nog) niet overal volgens de uitgangspunten (bereikbaarheidsdienst voert uniforme triage uit). Sommige zorgaanbieders werken samen met een overkoepelende centrale die de triage uitvoert. Binnen één regio kan de overkoepelende centrale verschillen per zorgaanbieder. Ook is er niet altijd één bekend nummer voor de cliënten, maar bellen zij de eigen zorgaanbieder waarna de meldingen worden doorgeschakeld. Veel regio’s werken dus met meerdere triagepunten.



Figuur 6. Respons over de toepassing van de uitgangspunten wat betreft de bereikbaarheidsfunctie. *Linksboven*: aandeel regio’s waarin sprake is van een bereikbaarheidsfunctie. *Rechtsboven*: de wijze van belegging van de bereikbaarheidsfunctie. *Linksmidden*: aandeel regio’s waarin de bereikbaarheidsfunctie een uniforme triage toepast namens alle zorgprofessionals en -aanbieders in een regio. *Rechtsmidden*: aandeel regio’s waarbij de uitgangspunten zoals gesteld in het kader worden toegepast met betrekking tot de bereikbaarheidsfunctie. *Linksonder*: aandeel regio’s waarin de bereikbaarheidsfunctie toegankelijk is voor de personenalarmering. **Indien respondenten aangaven dat er geen uniforme triage aanwezig was, is de vervolgvraag over de toepassing van de uitgangspunten met betrekking tot de bereikbaarheidsfunctie niet gesteld.*

Dat de bereikbaarheidsdienst een uniforme triage namens de zorgaanbieders in de regio uitvoert is één van de uitgangspunten voor deze functie. Daarom stelden we de vervolgvraag over de toepassing van de overige uitgangspunten niet aan deze respondenten ('geen antwoord'). De respondenten geven aan dat de helft van de regio's de uitgangspunten over de bereikbaarheidsfunctie toepassen (50%). Er zijn ook regio's waar dit gedeeltelijk van toepassing is (13%) of waar dit nog in ontwikkeling is (23%).

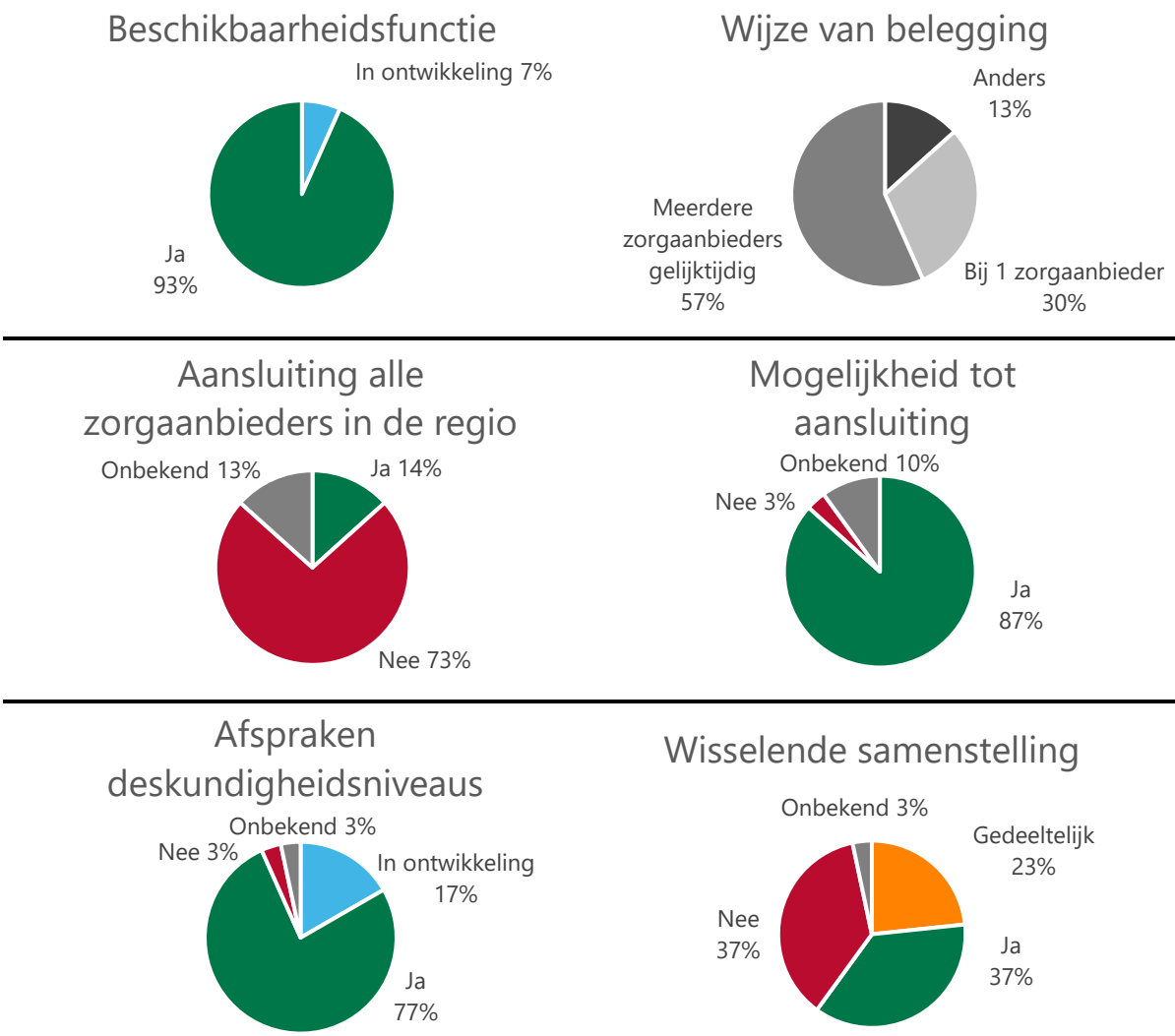
Uit de enquête blijkt tot slot, dat in de meerderheid van de regio's (60%) de bereikbaarheidsfunctie toegankelijk is voor personenalarmering van cliënten én particulieren die nog niet in zorg zijn. Ook zijn er regio's waarin deze functie enkel toegankelijk is voor personenalarmering van cliënten in zorg (13%). Voor de overige regio's (27%) geldt dat de toegang voor personenalarmering nog in ontwikkeling is.

4.2 De beschikbaarheidsfunctie is in de ruime meerderheid van de regio's aanwezig, maar niet alle zorgaanbieders wijkverpleging nemen deel of zijn aangesloten

Een ander uitgangspunt van het kader toekomstbestendige wijkverpleging betreft een team dat altijd beschikbaar is voor het leveren van onplanbare nachtzorg, ofwel de beschikbaarheidsfunctie. De beschikbaarheidsfunctie is een groep professionals die de onplanbare nachtzorg uitvoert volgens de gemaakte afspraken in de wijk of regio. De samenstelling van het beschikbare nachtteam moet bestaan uit wisselende deskundigheidsniveaus afhankelijk van de afspraken die hierover zijn gemaakt door de regio, met twee aanvullingen: 1. Als de beschikbaarheidsfunctie uit meerdere professionals bestaat, kan naast de verpleegkundige een verzorgende IG (individuele gezondheidszorg) worden ingezet die bevoegd en bekwaam is. 2. Een verzorgende IG kan worden ingezet, mits de bereikbaarheidsfunctie een verpleegkundige niveau 4 is (zoals ook de minimale eis is volgens het kader) en dat de bereikbaarheidsfunctie achterwacht is en inzetbaar is indien nodig.

Figuur 7 (volgende bladzijde) toont de toepassing van deze uitgangspunten over de beschikbaarheidsfunctie in de praktijk. In bijna alle regio's is sprake van een beschikbaarheidsfunctie (93%), of deze is in enkele regio's in ontwikkeling (7%). Dit laatste kan duiden op beelden die we uit de interviews ophalen, waaruit blijkt dat in alle gevallen nachtzorg wordt gegeven door één of meerdere teams, maar dat dit in sommige regio's nog niet vanuit een samenwerkingsverband of op basis van gezamenlijke afspraken is georganiseerd (dus nog niet conform het kader).

Respons toont dat in zeker 37% van de regio's sprake is van meerdere teams die los van elkaar rijden en routes/gebieden níet verdelen. De meerderheid van de respondenten (57%) geeft aan dat de regio de beschikbaarheidsfunctie belegt bij meerdere zorgaanbieders gelijktijdig. 'Anders' duidt op belegging van de beschikbaarheidsfunctie bij een coöperatie (1x), bij meerdere zorgaanbieders die los van elkaar rijden zonder de route te verdelen (2x), of meerdere zorgaanbieders die los van elkaar rijden die gebieden/routes verdelen (1x). Het antwoord 'bij meerdere zorgaanbieders' is dus multi-interpretabel. Wij vroegen daarom de respondenten die dit antwoord gaven om opheldering. Twee regio's vormen met meerdere zorgaanbieders uit de regio gezamenlijk één team, in negen regio's rijden meerdere teams van verschillende zorgaanbieders los van elkaar waarbij routes of gebieden niet verdeeld zijn en in een regio rijden meerdere teams los van elkaar, waarbij de gebieden wel verdeeld zijn (2+9=11 of 37% van de 30).



Figuur 7. De toepassing van de uitgangspunten met betrekking tot de beschikbaarheidsfunctie. *Linksboven:* aantal regio's waarin de beschikbaarheidsfunctie is georganiseerd. *Rechtsboven:* De wijze van belegging van de beschikbaarheidsfunctie. *Linksmidden:* aantal regio's waarbij alle zorgaanbieders zijn aangesloten bij het team dat verantwoordelijk is voor het leveren van de onplanbare nachtzorg of de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg. *Rechtsmidden:* de mogelijkheid dat in een regio andere partijen in de desbetreffende regio zich kunnen aansluiten bij het team dat verantwoordelijk is voor het leveren van de onplanbare nachtzorg of de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg. *Linksonder:* aantal regio's met afspraken over de samenstelling van deskundigheidsniveaus van het beschikbare nachtteam. *Rechtsonder:* aantal regio's waarin sprake is van een wisselende samenstelling van deskundigheidsniveaus van het beschikbare nachtteam.

Als we kijken naar de aansluiting van zorgaanbieders van wijkverpleging in de regio bij het team dat verantwoordelijk is voor het leveren van de onplanbare nachtzorg of de samenwerking voor de onplanbare nachtzorg, valt op dat in de meerderheid van de regio's (73%) niet alle zorgaanbieders zijn aangesloten. De grote meerderheid (87%) geeft aan dat het wel mogelijk is voor zorgaanbieders om aan te sluiten of deel te nemen.

De verdiepende interviews geven een vergelijkbaar beeld. In geen enkele regio rijdt uitsluitend één team of organisatie. Andere zorgaanbieders kunnen aansluiten bij het samenwerkingsverband, maar er is nergens sprake van een samenwerkingsverband met alle zorgaanbieders in de regio. Regio's in stedelijke gebieden geven vaker aan dat er versnippering van het zorgaanbod is en er veel partijen zijn die wijkverpleging aanbieden. Hier opereren over het algemeen verschillende teams voor onplanbare nachtzorg los van elkaar. In landelijke gebieden hebben de bestaande samenwerkingsverbanden het merendeel van het marktaandeel van de onplanbare

nachtzorg in handen. Hier rijden over het algemeen minder teams los van elkaar in hetzelfde gebied. Het samenwerkingsverband maakt duidelijke afspraken voor de beschikbaarheidsfunctie en bij meerdere teams verdelen de zorgaanbieders de routes.

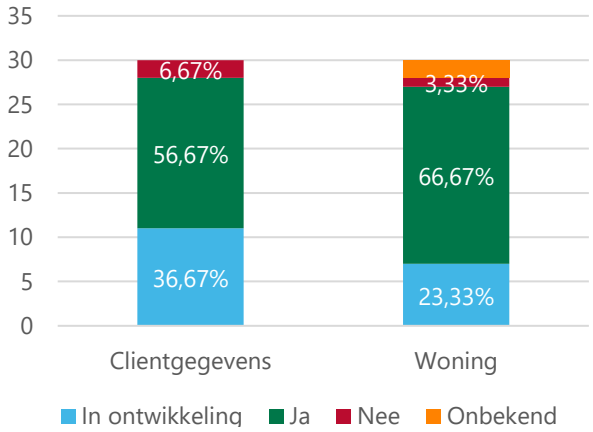
Tot slot vroegen wij naar de toepassing van de uitgangspunten met betrekking tot deskundigheidsniveau. Volgens de respondenten van de enquête zijn in de meerderheid van de regio's (77%) er afspraken over de samenstelling van deskundigheidsniveaus binnen het nachtteam voor onplanbare nachtzorg. Daarnaast is in evenveel regio's (37%) sprake van een wisselende samenstelling van deskundigheidsniveaus als regio's waarin dit niet het geval is.

4.3 In de meeste regio's is er sprake van toegang tot cliëntgegevens en afspraken over de toegang tot de woning

In het kader toekomstbestendige wijkverpleging staat dat het delen van cliëntgegevens en toegang tot de woning essentieel is voor het versterken van de onplanbare nachtzorg. De verantwoordelijkheid voor de toegang tot het EPD of ECD door bereikbaarheids- en beschikbaarheidsfuncties ligt bij professionals en zorgaanbieders uit de regio. Dit hoeft nog niet in 2020 gerealiseerd te zijn, wel moet er mee gestart zijn. Daarnaast maken professionals, zorgaanbieders en leveranciers van de personenalarmering samen met gemeenten, woningcoöperaties en de politie (en in afstemming met cliënten) afspraken over de toegang van de dienstdoende professionals van het nachtteam tot woningen van cliënten.

Uit de respons op de enquête blijkt dat in de meerderheid van de regio's waarin een vorm van organisatie van de onplanbare nachtzorg is, sprake is van toegang tot cliëntgegevens (57%) en toegang tot de woning (67%) (figuur 8). Daarnaast blijkt 23% en 37% van de regio's bezig te zijn met de ontwikkeling van, respectievelijk, de toegang tot de woning of toegang tot cliëntgegevens. Opvallend is dat er ook regio's zijn waarin geen sprake is van toegang tot cliëntgegevens door de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsfunctie of afspraken over de toegang tot de woning.

Uit de verdiepende interviews komt naar voren dat het delen van essentiële cliëntgegevens veelal geregeld is, waarbij ook de AVG-standaarden worden aangehouden. Waar mogelijk gebruiken zorgaanbieders dezelfde systemen en faciliteren aansluitende partijen zelfstandig toegang te organiseren tot belangrijke informatie en toegang tot de woning. De samenwerkingsverbanden gebruiken dus elkaars systemen of aanbieders faciliteren de mogelijkheid tot inzage van cliëntdossiers in elkaars systemen. Voor een samenwerkingsverband met een relatief klein aantal partijen is dit veelal te organiseren, maar bij opschaling en het gebruik van meerdere systemen kan dit voor problemen (gaan) zorgen. Andere aanbieders geven essentiële gegevens telefonisch aan elkaar door. In dit geval worden enkel de essentiële gegevens aan elkaar doorgegeven, waarna de aanbieder waarbij de cliënt in zorg is het dossier update na afloop van de geleverde zorg.



Figuur 8. Aantal regio's waarin afspraken zijn met betrekking tot de toegang tot cliëntgegevens en toegang tot de woning.

Om toegang tot de woning te krijgen voor het rijdende team, maken regio's vooraf afspraken. De afspraken sluiten aan bij de werkwijze van de deelnemende zorgaanbieders. De voorkeur ligt veelal bij digitale sloten, zodat er niet met sleutelbossen of sleutelkastjes wordt gewerkt. Wanneer een partij aansluit bij het samenwerkingsverband, wordt de wijze van toegang tot de woning van cliënten vastgelegd.

Van de respondenten die aangaven dat afspraken zijn gemaakt of in ontwikkeling zijn over toegang tot de woning of dat dit onbekend is (in totaal n=28), is gevraagd welke partijen betrokken zijn bij de (het maken van) afspraken (tabel 4). Uit de respons blijkt dat zorgaanbieders altijd betrokken zijn bij deze afspraken. Leveranciers van personenalarmering, woningcoöperaties en cliëntorganisaties zijn daarentegen relatief weinig betrokken (respectievelijk 43%, 32% en 18%, tabel 4). De politie en gemeente(n) lijken nauwelijks betrokken bij dit onderwerp. Het antwoord 'Anders' refereert naar een zorgverzekeraar (2x), een zorgcentrale (2x) en een medisch service centrum (3x).

Tabel 4. Betrokken partijen bij de afspraken omtrent de toegang tot de woning (n=28)

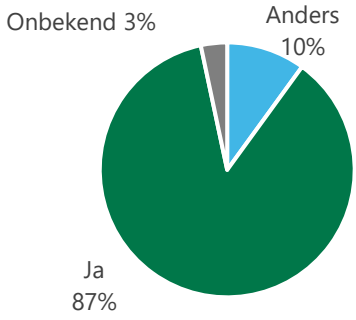
Professionals	86%
Zorgaanbieders	100%
Leveranciers van personenalamering	43%
Gemeente(n)	4%
Woningcoöperaties	32%
Politie	4%
Cliëntorganisaties	18%
Anders	25%

4.4 Cliënten hebben de keuzevrijheid bij wie zij zorg geleverd krijgen

Volgens het kader toekomstbestendige wijkverpleging moeten cliënten de vrijheid hebben om zelf een aanbieder uit te kiezen die zorg levert. Dat betekent dat cliënten die in de nacht onplanbare nachtzorg ontvangen, niet automatisch overgaan naar de aanbieder die de nachtzorg leverde.

Uit de enquête blijkt dat de ruime meerderheid van de respondenten (87%) aangeeft dat cliënten inderdaad deze keuzevrijheid hebben (figuur 9). Ook bij navraag over de toelichting op het antwoord 'Anders' blijkt er sprake te zijn van keuzevrijheid. Een respondent maakt de nuance dat -indien er nog geen indicatiestelling was- de uitvoerder van de onplanbare nachtzorg een verpleegkundige stuurt om een mogelijke indicatie vast te stellen. De client heeft dan de vrijheid om te kiezen wie de zorg daadwerkelijk levert, maar er is wel een zekere mate van sturing als de nachtzorg aanbieder het gesprek komt voeren.

Ook uit de verdiepende interviews komt duidelijk naar voren dat cliënten keuzevrijheid behouden. Voor alle partijen geldt dat cliënten zelf kunnen kiezen bij welke aanbieder zij zorg afnemen.



Figuur 9. Aantal regio's waar cliënten keuzevrijheid hebben bij wie zij zorg geleverd krijgen.

4.5 De organisatie van de onplanbare nachtzorg leidt tot een verbetering in de efficiëntie en samenwerking

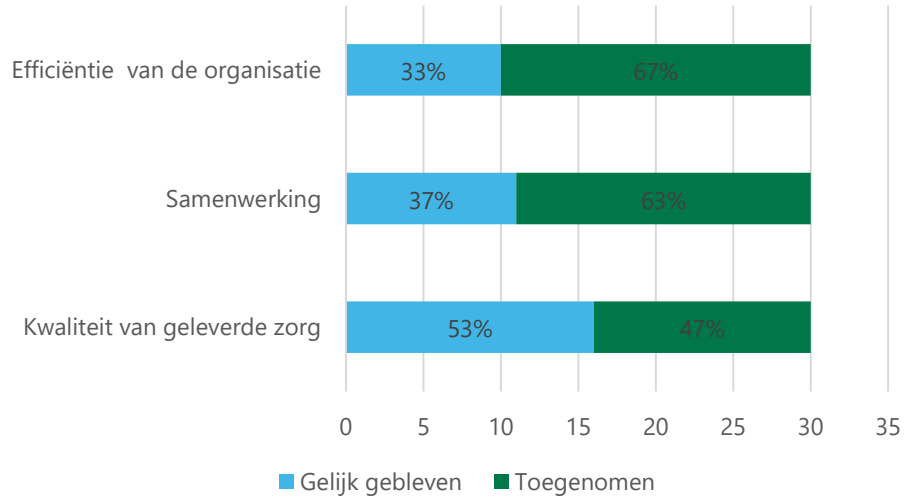
Het doel van het gezamenlijke opgestelde kader toekomstbestendige wijkverpleging beoogt het verbeteren van de organisatie voor de onplanbare nachtzorg. In de enquête is dan ook gevraagd naar de ontwikkelingen op dit gebied. Wij vroegen daarom in de enquête naar het resultaat van de organisatie voor de onplanbare nachtzorg voor wat betreft de efficiëntie van de organisatie van de onplanbare nachtzorg, de samenwerking en de kwaliteit van de geleverde onplanbare nachtzorg.

Volgens respondenten zijn de efficiëntie, samenwerking en kwaliteit van onplanbare nachtzorg gelijk gebleven of toegenomen, waarbij de meerderheid aangeeft dat de efficiëntie (67%) en samenwerking (63%) is toegenomen

(figuur 10). De reacties op de open vraag welke positieve en negatieve punten te herkennen zijn, bevestigen dit. Zo noemen respondenten de toegenomen samenwerking tussen zorgaanbieders en met de HAP en spoedeisende hulp (SEH) als belangrijk resultaat, en benoemen zij de verhoogde efficiëntie met betrekking tot de inzet van personeel en middelen als belangrijk resultaat. Wat betreft de efficiëntie noemen respondenten ook negatieve punten, zoals een toename van administratieve verwerking.

De meerderheid van respondenten (53%) ervaart dat de kwaliteit van de zorg gelijk is gebleven en de overige respondenten dat het is toegenomen. Punten bij de open vraag over de positieve en negatieve punten in relatie tot de kwaliteit zijn de toegenomen aandacht voor scholing en de verbetering van de zorg door bijvoorbeeld een hogere kwaliteit van de triage.

Geïnterviewde huisartsenposten vinden dat de samenwerking met de wijkverpleging in de nacht bijdraagt aan een hogere kwaliteit van zorg. Door deze samenwerking vindt vaker de Juiste Zorg op de Juiste Plek plaats. Ter illustratie noemt een van hen een cliënt met een complexe wond, waarbij door juiste triage direct iemand wordt ingeschakeld die wondzorg kan leveren in plaats van de dienstdoende huisarts. De geïnterviewde huisartsenposten vinden de samenwerking tussen de HAP en het team dat onplanbare nachtzorg levert een positieve ontwikkeling en zien hier veel baat bij voor de toekomst. Wel geven zij aan dat er nog niet voldoende gebruik wordt gemaakt van de wijkverpleging in de nacht.



Figuur 10. Ervaren uitkomsten van de organisatie omtrent de onplanbare nachtzorg.

5. Bekostiging van de onplanbare nachtzorg

Hoofdstuk vijf beschrijft de bevindingen rondom de bekostiging van de onplanbare nachtzorg. Hiervoor wordt achtereenvolgens gebruik gemaakt van de responses uit de enquête, de verdiepende interviews en de uitvraag rondom kostendekkendheid.

Op basis van de respons op onze enquête en verdiepende interviews met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en HAP's, zien wij de volgende punten rondom de bekostiging van de onplanbare nachtzorg:

- In de discussie over de bekostiging merkt Berenschot dat er twee uiteenlopende perspectieven worden gehanteerd:
  a. de baten van de onplanbare zorg in de nacht wegen op tegen de gemaakte kosten om de zorg te kunnen leveren in de nacht.
  b. de kosten van de onplanbare nachtzorg worden gecompenseerd met inkomsten vanuit de organisatie van de gehele wijkverpleging.
- Het organiseren van de bekostiging van de onplanbare nachtzorg verhoogt de administratieve lasten en facturatie blijkt niet eenvoudig.
- De productiviteit in de nacht is laag, waardoor als sec gekeken wordt naar de verhouding tussen baten en kosten in de nacht de zorg niet kostendekkend geleverd kan worden.
- Door toepassing van een integraal tarief is er geen inzicht in het aandeel van de baten dat voor de onplanbare nachtzorg is toebedeeld.
- Efficiënte samenwerking rondom onplanbare nachtzorg draagt bij aan een betere kostendekking.

5.1 Ondanks bekostigingsafspraken wordt de onplanbare nachtzorg als niet-kostendekkend ervaren

Het kader toekomstbestendige wijkverpleging benoemt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hebben om te komen tot passende afspraken voor het leveren van de onplanbare nachtzorg. Bij het maken van bekostigingsafspraken worden *in het kader* de volgende punten genoemd:

- De onplanbare nachtzorg is een vorm van acute zorg, daarom dienen alle zorgaanbieders dit effectief en efficiënt vorm te geven.
- De organisatie van de onplanbare nachtzorg moet door de verantwoordelijke zorgaanbieders kostendekkend kunnen worden uitgevoerd.
- De zorgaanbieders dienen hun fair share (in mensen en middelen) te brengen om deze zorgvorm kwalitatief goed en efficiënt (betaalbaar) te leveren.
- Partijen moeten met elkaar in overleg over een oplossing voor de declaratie en legitimatie van de geleverde zorg "achter de voordeur" bij cliënten van andere aanbieders of nieuwe cliënten.
- De bekostiging van de ongeplande nachtzorg is integraal onderdeel van het totaal aan afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de wijkverpleging.
- De zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken samen een plan die de efficiënte levering mogelijk maakt en de bureaucratische of administratieve lasten minimaliseert. Aan de basis van een plan moet een goede businesscase liggen.

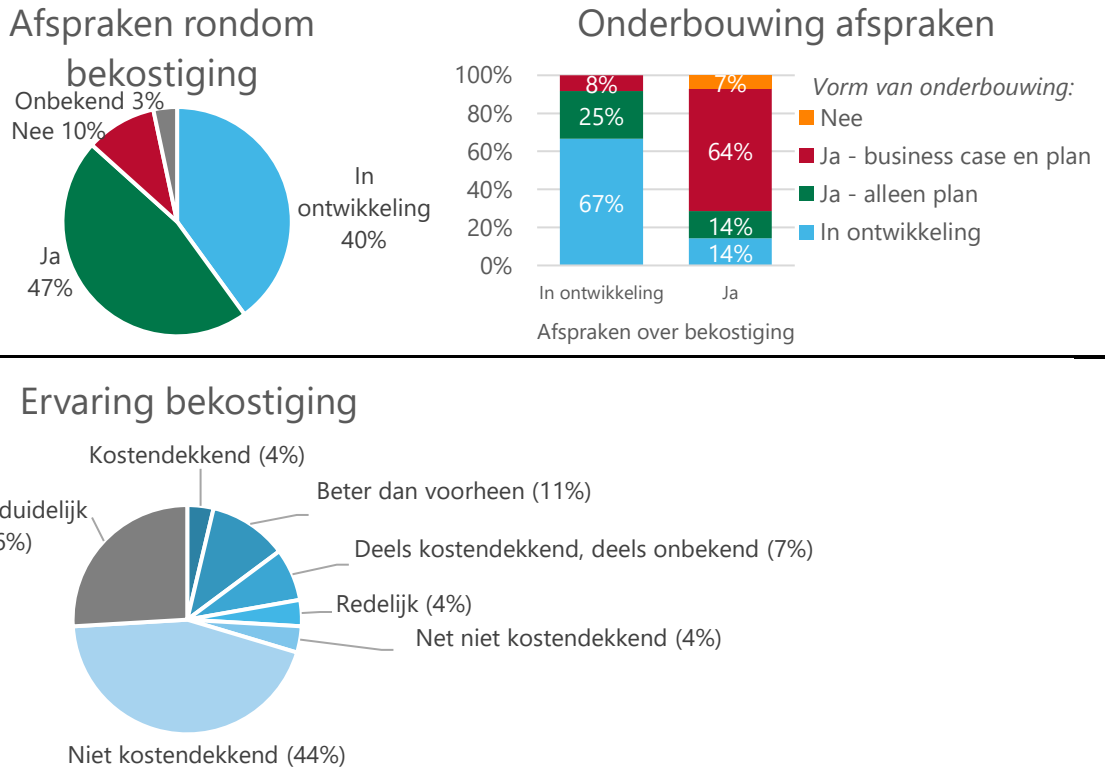
In onze enquête hebben we aan deelnemende regio's, die een vorm van organisatie voor onplanbare nachtzorg hebben, gevraagd in hoeverre zij afspraken maken over de bekostiging en hoe zij de bekostiging van de onplanbare nachtzorg ervaren.

Allereerst is uit de respons op te maken dat bijna de helft van de regio's (47%) afspraken maakt over de bekostiging van de onplanbare nachtzorg (figuur 11). Een groot deel (40%) van de respondenten geeft daarnaast aan dat afspraken in ontwikkeling zijn. Slechts in 10% van de regio's zijn er geen afspraken.

In de enquête vroegen wij ook waarop afspraken gebaseerd zijn. Daaruit blijkt dat van de regio's waarvan respondenten aangeven dat er afspraken zijn gemaakt over de bekostiging, dit in 64% van de gevallen is gebaseerd op zowel een businesscase als een plan, terwijl 7% van de gemaakte afspraken geen onderbouwing heeft. Van de respondenten die aangeven dat de bekostigingsafspraken in ontwikkeling zijn, is de meerderheid (67%) nog bezig met het ontwikkelen van een plan en/of businesscase. In andere regio's zijn het plan (25%) en eventueel ook de businesscase (8%) al gereed.

Tot slot hebben we in de enquête gevraagd naar de ervaring van respondenten met de kostendekkendheid. Respondenten konden hier een open antwoord invullen. Het grootste gedeelte van de respondenten ervaart dat de bekostiging niet kostendekkend is (44%). In een vervolgvraag was het mogelijk om hier een toelichting op te geven. Redenen die genoemd zijn waarom de bekostiging niet kostendekkend is, zijn; de bijdrage van zorgverzekeraars die onvoldoende is, een lage productiviteit, de benodigde beschikbaarheid van niveau 4 professionals en lange reisafstanden in landelijke gebieden. Voor één respondent is de bijdrage van kleinere zorgaanbieders onvoldoende om kostendekkend te zijn.

Voor ruim een kwart (26%) van de ondervraagden is het onduidelijk of de bekostiging kostendekkend is. Redenen hiervoor zijn dat nog niet is gestart met de onplanbare nachtzorg, dat de kostendekkendheid pas achteraf wordt getoetst of dat men het simpelweg niet weet.



Figuur 11. Uitvraag over de organisatie en ervaring met de bekostiging van de onplanbare nachtzorg. *Linksboven:* aantal regio's waarin sprake is van afspraken rondom de bekostiging van de onplanbare nachtzorg. *Rechtsboven:* de gehanteerde onderbouwing voor bekostigingsafspraken in regio's waar afspraken over bekostiging aanwezig zijn, in ontwikkeling of onbekend. *Linksonder*: gecodeerde reacties op de open-in-te-vullen vraag over de ervaring met de kostendekkendheid.

Respondenten die aangeven dat de kostendekking beter is dan voorheen (11%) noemen de efficiëntieslag die door de samenwerking is gerealiseerd als grondslag voor de verbetering. Eén respondent spreekt van een verbetering, maar dat het nog niet kostendekkend is door een beperkt aantal aangesloten zorgaanbieders.

5.2 Toelichting van verschillende partijen op de bekostiging

Een onderdeel van de verdiepende interviews met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en huisartsenposten was gericht op de kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg. De perspectieven van de verschillende partijen staan hieronder benoemd.

5.2.1 Kostendekkendheid wordt vanuit verschillende perspectieven benaderd

Op basis van de gesprekken die wij hebben gevoerd merken wij dat partijen vanuit verschillende perspectieven naar kostendekkendheid kijken. Uit de interviews met de respondenten blijkt dat er twee manieren zijn om naar de kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg te kijken. Gedurende de interviews is geen specifiek onderscheid gemaakt tussen de twee perspectieven op kostendekkendheid en deze zijn ontstaan tijdens de interviews. Wij hebben geen eenduidige definitie meegegeven of opgelegd. Het was aan de respondenten te onderbouwen hoe zij naar kostendekkendheid kijken. Zo zijn wij gezamenlijk tot twee perspectieven gekomen.

De baten van de onplanbare zorg in de nacht wegen op tegen de gemaakte kosten om de zorg te kunnen leveren in de nacht.

Box 1. Perspectief één op kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg.

De kosten van de onplanbare nachtzorg worden gecompenseerd met inkomsten vanuit de organisatie van de gehele wijkverpleging.

Box 2. Perspectief twee op kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg.

Het vraagstuk kostendekkendheid wordt door sommigen geïnterpreteerd als de specifieke verhoudingen tussen de kosten en baten van de onplanbare zorg in de nacht, dat leidt tot perspectief in box 1. Bij dit perspectief worden enkel de baten in de nacht meegerekend. Daartegenover staan de belangrijkste kosten gemaakt in de nacht.

Anderen interpreteren het vraagstuk kostendekkendheid zoals het tweede perspectief (box 2). De gemaakte kosten van de onplanbare zorg in de nacht worden gecompenseerd met zowel de inkomsten uit de nacht als de inkomsten uit de organisatie van de gehele wijkverpleging.

Doordat de term kostendekkend op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd, is het lastig een eenduidig gesprek met elkaar te voeren over dit onderwerp. Het maakt het gesprek makkelijker wanneer het verschil in interpretatie wordt benoemd. Om deze reden lichten wij de twee opgehaalde perspectieven van kostendekkendheid uit.

5.2.2 Voor zorgaanbieders is de onplanbare nachtzorg verlieslatend. Zorgaanbieders compenseren het verlies met inkomsten uit de gehele organisatie van de wijkverpleging.

In de interviews geven 7 van de 9 partijen aan de onplanbare nachtzorg niet kostendekkend te krijgen. Hierbij wordt gekeken vanuit het eerste perspectief op kostendekkendheid. Eén van de twee zorgaanbieders lukte het pas na vier jaar om de onplanbare nachtzorg niet verlieslatend aan te bieden, en heeft hiervoor afspraken gemaakt met meerdere zorgverzekeraars, aangesloten zorgaanbieders en het volume vergroot. De andere zorgaanbieder werkt volgens een gesloten beurs principe waarbij onplanbare nachtzorg wordt overgenomen door een tweede partij en andersom, zonder achteraf voor alle zorg een factuur te sturen. Voor deze zorgaanbieder is het bij doorvragen onduidelijk of de onplanbare nachtzorg geheel kostendekkend uitgevoerd wordt of niet.

Vier van de zeven partijen geven aan dat het mogelijk is de onplanbare nachtzorg kostendekkend te maken dankzij 'kruisfinanciering' vanuit de gehele wijkverpleging. Dit duidt op het gebruik van het tweede perspectief op kostendekkendheid. Geïnterviewden geven aan dat de eigen begroting voor de onplanbare nachtzorg niet kostendekkend is, maar de onplanbare nachtzorg vanuit het integrale tarief dat door zorgverzekeraars wordt aangeboden wel te bekostigen is met de inkomsten voortkomend uit de gehele organisatie van de wijkverpleging, (lees: overdag). Eén van de zeven partijen geeft aan de onplanbare nachtzorg met minder verlies aan te bieden dankzij inkomsten vanuit het leveren van acute zorgdiensten aan andere partijen. Dit genereert een extra financieringsstroom waardoor de onplanbare nachtzorg beter te bekostigen is. De overige twee partijen kunnen geen uitsluitsel geven over het eventueel kostendekkend aanbieden van de onplanbare nachtzorg vanuit het tweede perspectief.

Voor het inregelen van de beschikbaarheidsfunctie is het mogelijk om een vergoeding van verzekeraars te krijgen onder de prestatiecode 1024 'beschikbaarheid onplanbare nachtzorg'. Toch geven zeven van de negen partijen aan dat deze vergoeding niet is ingeregeld in hun regio. Geïnterviewden geven aan dat de onplanbare nachtzorg binnen het integrale tarief valt en hierdoor zijn geen aparte afspraken gemaakt voor een aparte vergoeding vanuit de verzekeraars.

Het organiseren van de bekostiging van de onplanbare nachtzorg verhoogt de administratieve lasten en facturatie blijkt niet eenvoudig

De geïnterviewde partijen noemen de hoge administratieve kosten als een belemmerende factor voor de bekostiging van de onplanbare nachtzorg. Het samenwerkingsverband kost over het algemeen veel administratieve handelingen. Zo kan de geleverde zorg voor een cliënt van een aangesloten partij niet direct bij diens verzekeraar gedeclareerd worden, maar dient eerst een factuur gestuurd te worden naar de betreffende zorgaanbieder waarbij de cliënt in zorg is. Dit levert extra facturatiekosten op. Daarnaast wordt er voor het samenwerkingsverband veel informatie bijgehouden, zoals het aantal cliënten per aangesloten partij dat onplanbare nachtzorg nodig heeft. Op deze manier wordt geprobeerd transparantie te verkrijgen in de kosten van de onplanbare nachtzorg en kan een herverdeling van abonnementskosten of facturatiekosten tijdig worden doorgevoerd.

Een andere belemmerende factor die genoemd wordt is dat er in veel gevallen geen vergoeding kan worden verkregen voor het leveren van acute zorg aan eenmalige cliënten. Deze cliënten zijn niet in zorg bij een zorgaanbieder, waardoor zij geen indicatie hebben en deze zorg niet declarabel is bij zorgverzekeraars. Cliënten die de onplanbare nachtzorg als eerste contactmoment hebben met de wijkverpleging en vervolgens langdurige zorg nodig hebben, ontvangen de volgende dag een indicatie. Vanaf dat moment kan zorg gedeclareerd worden, maar de onplanbare nachtzorg voorafgaand aan de indicatiestelling kan niet met terugwerkende kracht worden vergoed. Toch geven veel zorgaanbieders aan dat zij, ondanks deze belemmerende factoren, altijd zorg leveren. Hierbij staat het maatschappelijk belang voorop.

Efficiënte samenwerking rondom onplanbare nachtzorg draagt bij aan een betere kostendekking

Voor alle zorgaanbieders geldt dat met het inregelen van een samenwerkingsverband in de regio de kostendekkendheid in het algemeen toeneemt. De voornaamste reden is de efficiëntieslag die behaald wordt. Hierbij wordt aangegeven dat het samen organiseren van de onplanbare nachtzorg veelal goedkoper is dan het individueel aanbieden van onplanbare nachtzorg.

Niet alle zorgaanbieders doen echter mee met de samenwerking rondom onplanbare nachtzorg. Dit geldt vooral voor stedelijke gebieden en in mindere mate in landelijke gebieden. Hierdoor is er ruimte voor verbetering. Zorgaanbieders die onplanbare nachtzorg organiseren maken extra kosten door zorg te leveren aan cliënten van aanbieders die niet zijn aangesloten bij het samenwerkingsverband. Hoewel de organisator van onplanbare nachtzorg achteraf wel een factuur stuurt (die wel betaald wordt), weegt dit niet op tegen het extra werk dat

verricht is voor de organisatie van de samenwerking rondom onplanbare nachtzorg. In alle interviews is gesproken over *free riders* en de oneerlijke lastenverdeling daarvan. Organisatoren van de samenwerkingsverbanden willen van de *free riders* af voor een meer *fair share* van de kosten.

Bij abonnementstarieven voor aangesloten zorgaanbieders lopen ook de kosten voor de baten uit voor de organisator van de onplanbare nachtzorg. Slechts één van de organisatoren van de onplanbare nachtzorg komt uit met de abonnementstarieven. De abonnementstarieven zorgen voor de organisator voor een zo hoog mogelijke mate van kostendekking. Voor de betaler van de abonnementstarieven is het betaalde tarief echter te hoog ten opzichte van de door de organisator geleverde nachtzorg per cliënt. De betaler, of zorgaanbieder die de organisatie van onplanbare nachtzorg afneemt, kan echter niet zelfstandig op een vergelijkbare efficiënte wijze de onplanbare nachtzorg organiseren. Het abonnementstarief maakt namelijk een maximale verdeling van de lasten van de onplanbare nachtzorg mogelijk. Ondersteunend hieraan is dat zo veel mogelijk aanbieders wel mee doen en er geen sprake is van *free riders*.

Zorgaanbieders zien graag een grotere rol voor zorgverzekeraars

Zes van de tien zorgaanbieders zien graag een grotere rol voor de verzekeraar bij het kostendekkend krijgen van de organisatie rondom onplanbare nachtzorg. De zorgaanbieders benoemen dat zij niet andere zorgaanbieders kunnen dwingen om deel te nemen aan de samenwerking ten behoefte van meer efficiency. Om *free riders* tegen te gaan, verwachten de zorgaanbieders hulp van de zorgverzekeraars. Een vijftal zorgaanbieders voelt ook weinig ruimte om het gesprek aan te gaan met de zorgverzekeraar over het toepassen van de beleidsregel voor een aparte vergoeding voor de beschikbaarheidsfunctie. Hierdoor is het aanbieden van de beschikbaarheidsfunctie bij hen geen onderdeel van de inkoopgesprekken. De zorgverzekeraar agendeert zelf niet de prestatiecode voor de beschikbaarheidsfunctie, zo geven vijf zorgaanbieders aan in de interviews. De zorgaanbieders benoemen dat de zorgverzekeraar weliswaar een faciliterende rol speelt, maar niet het voortouw neemt bij het organiseren van het samenwerkingsverband voor het leveren van de onplanbare nachtzorg.

5.2.3 Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar is de onplanbare nachtzorg kostendekkend

Uit de interviews met zorgverzekeraars komt naar voren dat zij de bekostiging van de onplanbare nachtzorg bekijken volgens het tweede perspectief op kostendekkendheid. Doordat zij een integraal tarief aanbieden, waaruit zorgaanbieders de gehele wijkverpleging kunnen financieren, is de onplanbare nachtzorg vanuit hun perspectief kostendekkend. Zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat zij met zorgaanbieders individueel afspraken maken en vergoedingen bieden waardoor de integrale bedrijfsvoering van de wijkverpleging zonder verliezen is uit te voeren. Concreet kent de zorgverzekeraar dan een forfaitair bedrag toe wanneer de kosten voor de organisatie van de onplanbare nachtzorg te hoog zijn voor de zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars hebben bij het instellen van het integrale tarief gekozen om alle kostenposten te financieren met één vast tarief. Zorgverzekeraars beschrijven dat het ingewikkeld is om verschillende kostenposten apart te financieren los van het tarief dat geboden wordt per declarabel uur. Er zouden dan simpelweg te veel potjes van kleine bedragen ontstaan en het tarief van de aanbieders die geen onplanbare nachtzorg leveren zal worden verlaagd ter compensatie.

5.2.4 Huisartsenposten hebben geen zicht op de kostendekkendheid van de geleverde onplanbare nachtzorg

De gesproken huisartsenposten hebben geen zicht op de kostendekkendheid van de geleverde onplanbare nachtzorg in de regio. Wel vermoeden zij dat een goede samenwerking met de HAP lagere zorgkosten zal opleveren, doordat een dienstdoende huisarts niet voor een verpleegkundige handeling naar de patiënt hoeft te rijden.

5.3 Kwantitatieve analyse van kostendekkendheid toont dat de kosten voor de onplanbare nachtzorg verweven zijn met bedrijfsvoering van de gehele organisatie

De zorgaanbieders waarmee een verdiepend interview gehouden is, zijn ook gevraagd om een uitvraag rondom de kostendekkendheid in te vullen. De voornaamste inkomsten en kostenposten van de onplanbare nachtzorg die door de geïnterviewden werden genoemd zijn terug te vinden in tabel 5. Vanuit deze gegevens is de uitvraag rondom kostendekkendheid uitgezet. Uit de responses komt de grote variëteit naar voren rondom de kostenposten en de verwevenheid van de bekostiging met de gehele organisatie van de wijkverpleging. De belangrijkste punten volgen hieronder.

Tabel 5. Overzicht van de voornaamste kostenposten en inkomstenbronnen van de onplanbare nachtzorg

Voornaamste kostenposten	Voornaamste inkomstenbronnen
Personele kosten (evt. inclusief beveiliging)	Declarabele uren voor geleverde zorg via zorgverzekeraar
Kosten voor de bereikbaarheidsfunctie	Abonnementskosten aangesloten partijen
Kosten rondom het opzetten en in stand houden van de benodigde infrastructuur, o.a.: • Mobiliteit • ICT • Backoffice	Facturen voor de geleverde zorg naar aangesloten partijen

Het blijkt lastig om de exacte inkomstenbronnen van de onplanbare nachtzorg te duiden

Over het algemeen konden zorgaanbieders de uitvraag kostendekkendheid niet volledig invullen. Zorgaanbieders geven aan dat de precieze inkomstenbronnen lastig zijn vast te stellen. Zo krijgen zorgaanbieders veelal een integraal tarief voor geleverde zorg, onafhankelijk of deze gedurende de dag of de nacht wordt geleverd. Op die manier ontvangen zijn een opslag op het tarief per declarabel uur om de onplanbare nachtzorg te financieren.

Een andere reden om de precieze inkomstenbronnen te duiden, is dat sommige aanbieders zowel de planbare als de onplanbare nachtzorg door hetzelfde team laten uitvoeren. Hierdoor zijn de inkomsten om de planbare en onplanbare nachtzorg te leveren dus met elkaar verweven.

Daarnaast verschillen de inkomstenbronnen naar gelang deelnemende partijen een abonnementstructuur hanteren of achteraf factureren. Aanbieders die recent zijn gestart met een samenwerkingsverband zijn veelal nog zoekende naar voldoende dekkende en rechtvaardige tarieven voor aansluitende partijen. Ook hierin zijn de inkomstenbronnen dus nog fluctuerend.

Onplanbare nachtzorg gekenmerkt door lage productiviteit

De voornaamste kostenposten zitten in personele kosten in combinatie met lage productiviteitskosten. De productiviteit in de nacht varieert van 20-35%, t.o.v. een productiviteit van 60-70% overdag. Dit betekent dat er relatief weinig declarabele uren zijn voor het zorgteam dat de gehele nacht beschikbaar moet zijn, waarbij eisen worden gesteld over de deskundigheidsniveaus van professionals die vaak duur zijn. Dit vermindert dan ook de productiviteit. Wanneer er dus volgens definitie één van kostendekkendheid naar de bekostiging van de onplanbare nachtzorg gekeken wordt, is het aanbieden van onplanbare nachtzorg vrijwel nooit kostendekkend uit te voeren.

Toch geldt niet voor alle zorgaanbieders dat de productiviteit enorm daalt in de nacht. Zo zijn er ook aanbieders waarbij de productiviteit in de nacht rond de 50% ligt. Voor deze aanbieders geldt over het algemeen dat de teams zowel onplanbare als planbare nachtzorg gelijktijdig leveren.

Bijlage 1. Betrokken personen: klankbordgroep en interviews

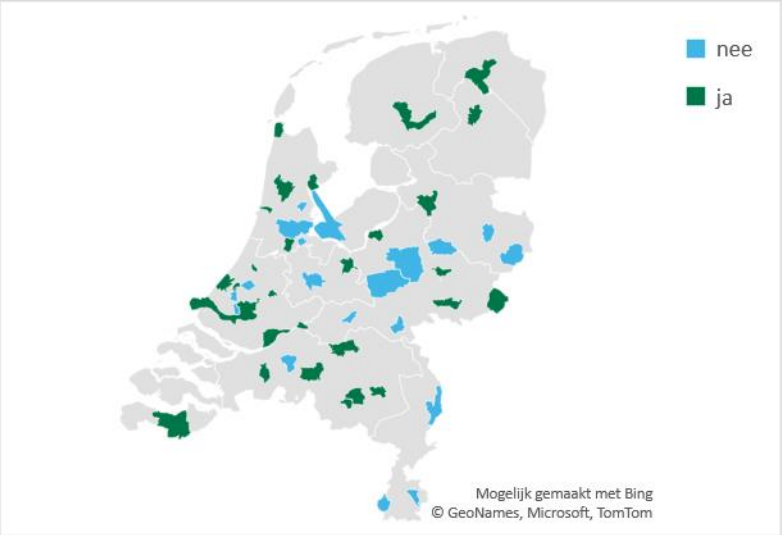
Organisatie / rol	Personen
Procesregisseur hoofdlijnenakkoord wijkverpleging	Michel Dutrée
Zorgverzekeraars Nederland / klankbordgroep	Daniëlle van Hemert
ActiZ / klankbordgroep	Dharma Behari
NZa / klankbordgroep	Erik Koek
V&VN / klankbordgroep	Corien Harder
Interviews zorgaanbieders	Fundis
	Thebe
	Laurens
	Zorgboog
	Omring
	WZG samen
	Amstelring
	Icare
	STMG
Interviews zorgverzekeraars	Menzis
	VGZ
	Zilveren Kruis
Interviews huisartsenposten	HAP Oost-Brabant
	HAP Velp
	HAP SGZ Zoetermeer

Bijlage 2. Respons op enquête

In totaal hebben 24 partijen de enquête ingevuld voor 31 verschillende regio's. Ondanks dat de enquête niet is ingevuld voor elk van de 53 HAP-regio's heeft 58% van de gevraagden gereageerd.

De volgende partijen hebben deelgenomen aan de enquête: Activite, Amstelring, Beweging 3.0, HWW, Icare, Laurens, Magenta, MOB, Omring, Rivas, Sensire, Stichting zorgbalans, STMG, Thebe, Thuiszorg Het Friese land, Thuiszorg Westbrabant, TSN, Vierstroom, Viva zorggroep, Vivent, Zorgboog, Zorggroep ONL, Zorgsaam, Zuidzorg.

Onderstaande figuur geeft inzicht in de regio's waarvoor een enquête is ingevuld. Hiervoor is voor elke huisartsenpost de stad van de hoofdlocatie geïdentificeerd. Met dit gegeven is vervolgens op onderstaande kaart getoond of een enquête is ingevuld of niet.



Bijlage 3. Enquête onder zorgaanbieders

Voor welke regio vult u deze vragenlijst in? Keuze uit lijst met 51 samenwerkingsregio's en 'Anders'.

- Indien Anders: U geeft aan de vragenlijst niet voor een specifieke samenwerkingsregio in te vullen. Voor welke regio en welk type regio (bv. zorgkantoorregio) vult u deze vragenlijst in? *Open veld*

Algemene vragen over de onplanbare nachtzorg

- Zijn er in uw regio afspraken gemaakt over de onplanbare nachtzorg conform het kader (link)? (Opties: Ja, Nee (*enquête sluit na deze vraag*), In ontwikkeling, Onbekend)
  - Indien Nee:
    1. Kunt u dit antwoord kort toelichten? Zijn er knelpunten waar u tegenaan loopt, zo ja welke?
    2. Is er binnen uw regio sprake van samenwerking binnen de algemene wijkverpleging? (Vinklijst: sub-acute zorg, dementie, juiste zorg op de juiste plek, psychiatrische zorg, en Anders: *open veld*)
       De enquête sluit daarna af.
- Vanaf welke datum is in uw regio de samenwerking begonnen rondom de onplanbare nachtzorg? *Maand, jaar*
- Vanaf wanneer worden afspraken vanuit de samenwerking in de praktijk toegepast? *Maand, Jaar*
- Welke van de volgende partijen zijn betrokken bij de gemaakte afspraken over onplanbare nachtzorg? (Vinklijst: Zorgaanbieders wijkverpleging, Zorgaanbieders Verpleging, verzorging en thuiszorg, Huisartsen(posten), Spoedeisende hulp/Ziekenhuizen, Zorgverzekeraar(s), Gemeente(n), Politie, Woningcoöperaties, Anders: *open veld*)
- Zijn de afspraken schriftelijk vastgelegd? (Opties: Ja, Nee, Gedeeltelijk, In ontwikkeling, Onbekend)
- Zijn de werkwijzen geprotocolleerd? (Opties: Ja, Nee, Gedeeltelijk, In ontwikkeling, Onbekend)
- Is er in uw regio een organisatievorm of juridische vorm waarin de bekostigings- en samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd? (Opties: Ja, Nee, Onbekend)
- Wordt in uw regio de volgende definitie van onplanbare nachtzorg gehanteerd? *Onplanbare nachtzorg wijkverpleging is zorg die in het tijdvak tussen 23.00 uur en 07.00 uur wordt geleverd in reactie op een melding in het betreffende tijdvak, voor zorg die niet gepland kan worden en niet uitgesteld kan worden tot na 7.00 uur. Planbare nachtzorg die al op de dag ervoor kon worden ingepland of zorgmomenten in de avond en het weekend vallen níet onder onplanbare nachtzorg.* (Opties: Ja, Nee, Onbekend)
  - Indien Nee: welke definitie wordt er in uw regio gehanteerd? *Open veld*

Bij de volgende vragen, vragen wij u om aan te geven in hoeverre -volgens u of uw organisatie- de verschillende inhoudelijke kaders van het 'Gezamenlijk kader toekomstbestendige wijkverpleging' aanwezig zijn in uw regio.

Vragen over herkenbare bereikbaarheidsfunctie

- Is er in uw regio een herkenbare bereikbaarheidsfunctie? (Opties: Ja, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)
  - *Indien Nee, door naar vraag 13*
- Wordt uw perceptie op de herkenbare bereikbaarheidsfunctie gedeeld door andere partijen en partners in het veld? (Opties: Ja, Nee, Onbekend)
- Hoe is deze bereikbaarheidsfunctie belegd in uw regio? (Opties: Bij 1 zorgaanbieder, Bij meerdere zorgaanbieders, Wisseling van de wacht (altijd 1 zorgaanbieder, maar zorgaanbieder wisselt gedurende jaar), Anders: *open veld*)

- Is de bereikbaarheidsfunctie toegankelijk voor personenalarmering? (Opties: Ja - enkel voor personenalarmering van cliënten in zorg, Ja – enkel voor personenalarmering via een commerciële partij, Ja – voor beide groepen personenalarmering, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)

Vragen over uniforme triage

- Is er in uw regio sprake van uniforme triage, waarbij de bereikbaarheidsfunctie voor de nacht altijd en namens alle professionals en zorgaanbieders in de regio een uniforme triage uitvoert op basis waarvan bepaald wordt of er nachtzorg nodig is of niet? (Opties: Ja, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)
  - *Indien Nee, door naar vraag 16*
- Wordt uw perceptie op de uniforme triage gedeeld door andere partijen en partners in het veld? (Opties: Ja, Nee, Onbekend)
- Worden de uitgangspunten gehanteerd zoals die gesteld zijn in het kader (link, *blz. 9*) bij de inzet van de bereikbaarheidsfunctie? (Opties: Ja, Nee, Gedeeltelijk, In ontwikkeling, Onbekend)

Vragen over beschikbaarheidsfunctie

- Is er in uw regio altijd een team beschikbaar voor het leveren van onplanbare nachtzorg: beschikbaarheidsfunctie? (Opties: Ja, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)
  - *Indien Nee, door naar vraag 23*
- Wordt uw perceptie op de beschikbaarheidsfunctie gedeeld door andere partijen en partners in het veld? (Opties: Ja, Nee, Onbekend)
- Hoe is deze beschikbaarheidsfunctie belegd in uw regio? (Opties: Bij 1 zorgaanbieder, Meerdere zorgaanbieders gelijktijdig, Roulerend (altijd 1 zorgaanbieder, maar zorgaanbieder rouleert gedurende jaar), Anders: *open veld*)
- Kunnen andere zorgaanbieders in uw regio zich aansluiten bij het team dat verantwoordelijk is voor het leveren van de onplanbare nachtzorg in de verschillende wijken in uw regio of deelnemen aan de samenwerking? (Opties: Ja, Nee, Onbekend, Anders: *open veld*)
- Zijn alle zorgaanbieders van wijkverpleging in uw regio aangesloten bij het team dat verantwoordelijk is voor het leveren van de onplanbare nachtzorg of de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg? (Opties: Ja, Nee, Onbekend)
- Zijn er in uw regio afspraken gemaakt over de samenstelling van deskundigheidsniveaus van het beschikbare nachtteam? (Opties: Ja, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)
- Kent het nachtteam een wisselende samenstelling van deskundigheidsniveaus? (Opties: Ja, Nee, Gedeeltelijk, Onbekend)

Vragen over toegang

- Hebben de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst toegang tot clientgegevens? Zoals het EPD of ECD, zodat bij de uniforme triage de medische gegevens van de cliënt betrokken kunnen worden. (Opties: Ja, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)
- Zijn er in uw regio afspraken gemaakt over de toegang van de dienstdoende professionals van het nachtteam tot woningen van cliënten? (Opties: Ja, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)
  - *Indien Nee, door naar vraag 26*
- Welke partijen zijn hierbij betrokken (geweest)? (Vinklijst: professionals, zorgaanbieders, leveranciers van de personenalarmering, gemeente(n), woningcoöperaties, politie, cliëntenorganisaties, Anders: *open veld*)

Vragen over keuzevrijheid

- Cliënten moeten de keuzevrijheid houden bij wie zij zorg geleverd krijgen. Dit betekent dat cliënten die in de nacht onplanbare zorg hebben gekregen, niet automatisch overgaan naar deze aanbieder. Hebben cliënten deze keuzevrijheid in uw regio? (Opties: Ja, Nee, Onbekend, Anders: *open veld*)

Vragen over bekostiging

- Zijn er in uw regio afspraken gemaakt over de bekostiging van onplanbare nachtzorg? (Opties: Ja, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)
  - Indien Nee: Kunt u dit antwoord kort toelichten? Zijn er knelpunten waar u tegenaan loopt, zo ja welke? *Daarna door naar vraag 31*
- Hoe ervaart u de kostendekkendheid? *Open vraag*
- Kunt u toelichten waar u uw antwoord op baseert bij de vorige vraag? *Open vraag*
- In het kader wordt gesteld dat de bekostiging moet worden gebaseerd op een plan gemaakt door zorgverzekeraars en zorgaanbieders die de efficiënte levering van onplanbare nachtzorg mogelijk maakt en de bureaucratische of administratieve lasten minimaliseert. Aan de basis hiervan ligt een goede business case. Zijn deze onderdelen in uw regio aanwezig? (Opties: Ja - zowel business case als plan, Ja - alleen business case, Ja - alleen plan, Nee, In ontwikkeling, Onbekend)

Vragen over de uitkomsten van de samenwerking

U heeft aangegeven dat er afspraken zijn gemaakt over de samenwerking voor de onplanbare nachtzorg conform het kader. Kunt u aangeven in hoeverre het toepassen van de afspraken heeft geleid tot het beter organiseren van de onplanbare nachtzorg vergeleken met de periode waarin de afspraken nog niet werden toegepast?

- Hoe ervaart u de samenwerking in de regio sinds het toepassen van de afspraken conform het kader? (Opties: toegenomen/afgenomen/gelijk gebleven)
- Hoe ervaart u de kwaliteit van de onplanbare nachtzorg sinds het toepassen van de afspraken conform het kader? (Opties: toegenomen/afgenomen/gelijk gebleven)
- Hoe ervaart u de efficiëntie van de organisatie van de onplanbare nachtzorg sinds het toepassen van de afspraken conform het kader? (Opties: toegenomen/afgenomen/gelijk gebleven)

- Welke positieve en negatieve punten heeft u ervaren bij het organiseren van de onplanbare nachtzorg conform het kader? *Open veld*

Bijlage 4. Interviewleidraad zorgaanbieders

Voorstellen

Wie bent u en wat is uw rol binnen de organisatie en binnen de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg?

De organisatie van de samenwerking rondom onplanbare nachtzorg in de regio

1. Hoe ziet de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg er op dit moment uit?
   a. Waar bent u tevreden over bij het organiseren van de onplanbare nachtzorg in de regio?
   b. Zijn er op dit moment knelpunten die worden ervaren, zo ja welke? En wie zou dit moeten oplossen?
   c. Zijn er landelijke randvoorwaarden waar (nog) niet aan wordt voldaan, maar die wel essentieel zijn voor de organisatie van onplanbare nachtzorg?
   d. Hoe ziet de ideale inrichting van de samenwerking er uit?
2. Heeft de samenwerking zoals deze nu is geleid tot meer efficiëntie? Waarom wel/niet?
3. Zijn er nog andere positieve effecten van de samenwerking?

De kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg in de regio

4. Welke afspraken zijn gemaakt om de onplanbare nachtzorg te financieren? Hoe zijn deze tot stand gekomen?
5. Wordt de onplanbare nachtzorg als kostendekkend ervaren in uw regio? Waarom wel/niet?
6. Wat zijn de grootste kostenposten omtrent de onplanbare nachtzorg? Hoe zien deze er uit?
7. Wat zijn de grootste inkomstenbronnen omtrent de onplanbare nachtzorg? Hoe zien deze er uit?
8. Kunt u voorbeelden noemen van acties om de kosten van de onplanbare nachtzorg te drukken?
9. Dekt het aangeboden tarief voor de beschikbaarheidsfunctie (prestatiecode 1024) de kosten voor dit onderdeel?

Overige aandachtspunten rondom de onplanbare nachtzorg in de regio

10. Heeft u uw kennis en ervaring met de organisatie en bekostiging van de onplanbare nachtzorg gedeeld? Of heeft u andere voorbeelden als inspiratie gebruikt?
11. Welke afspraken zijn er gemaakt om (gemakkelijk) een woning binnen te komen?
12. Welke afspraken zijn er gemaakt om essentiële cliëntgegevens te delen bij het uitvoeren van onplanbare nachtzorg?
13. Zijn er afspraken gemaakt voor andere zorgaanbieders die willen aansluiten bij het samenwerkingsverband?
14. Hebben de afspraken rondom de onplanbare nachtzorg invloed op de zorg aan cliënten? En op het leveren van zorg door professionals?

Bijlage 5. Interviewleidraad zorgverzekeraars

Voorstellen

Wie bent u en wat is uw rol binnen de organisatie en binnen de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg?

De organisatie van de samenwerking rondom onplanbare nachtzorg in de regio

1. Hoe verloopt op dit moment de samenwerking rondom onplanbare nachtzorg in de regio? Hoe is de samenwerking tot stand gekomen?
    a. Waar bent u tevreden over bij het organiseren van de onplanbare nachtzorg in de regio?
    b. Zijn er op dit moment knelpunten die worden ervaren, zo ja welke? En wie zou dit moeten oplossen?
    c. Zijn er landelijke randvoorwaarden waar niet aan wordt voldaan, maar die wel essentieel zijn voor de organisatie van onplanbare nachtzorg?
2. Heeft de samenwerking zoals deze nu is geleid tot meer efficiëntie? Waarom wel/niet?
3. Zijn er nog andere positieve effecten van de samenwerking?

Heeft u voorwaarden gesteld waaraan de samenwerking van zorgaanbieders in de regio moet voldoen, zo ja welke?

De kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg in de regio

4. Welke afspraken zijn gemaakt om de onplanbare nachtzorg te financieren? Hoe zijn deze tot stand gekomen?
5. Wordt de onplanbare nachtzorg als kostendekkend ervaren in deze regio(s)?
    a. Er zijn regio's waar de onplanbare nachtzorg als kostendekkend wordt ervaren en regio's waar dit niet het geval is. Ziet u als zorgverzekeraar verschillen tussen deze regio's? Welke zijn dit?
6. Aan welke criteria moeten aanbieders voldoen om gecontracteerd te worden voor het aanbieden van onplanbare nachtzorg?
7. Kunt u voorbeelden noemen hoe aanbieders of financiers actie hebben ondernomen om de kosten van de onplanbare nachtzorg te drukken?

Overige aandachtspunten rondom de onplanbare nachtzorg in de regio

8. Heeft u kennis en ervaring van regio's met de organisatie en bekostiging van de onplanbare nachtzorg gedeeld met (andere) regio's?

Hebben de afspraken rondom de onplanbare nachtzorg invloed op de zorg aan cliënten? En op het leveren van zorg door zorgaanbieders?

Bijlage 6. Interviewleidraad huisartsenpost

Voorstellen

Wie bent u en wat is uw rol binnen uw organisatie en binnen de samenwerking met wijkverpleging rondom de onplanbare nachtzorg?

De organisatie van de samenwerking rondom onplanbare nachtzorg in de regio

1. Hoe is de samenwerking met wijkverpleging rondom de onplanbare nachtzorg in de regio?
2. Waar bent u tevreden over m.b.t. de organisatie en financiering van de onplanbare nachtzorg in de regio?
3. Zijn er knelpunten die worden ervaren, zo ja welke?
4. Zijn er landelijke randvoorwaarden waar niet aan wordt voldaan, maar die wel essentieel zijn voor de organisatie van onplanbare nachtzorg?
5. Hoe ziet de ideale inrichting van de samenwerking er uit?
6. Wat waren voor u redenen om samen met de wijkverpleging de onplanbare nachtzorg te organiseren?
7. Heeft de samenwerking zoals deze nu is geleid tot meer efficiëntie? Waarom wel/niet?
8. Wat is het effect van de samenwerking voor uw cliënten?
9. Welke afspraken zijn er gemaakt om essentiële cliëntgegevens te delen bij het uitvoeren van onplanbare nachtzorg? Heeft u als Huisartsenpost hier een rol in?

De kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg in de regio

10. Wordt de onplanbare nachtzorg als kostendekkend ervaren in deze regio(s)? Waarom wel/niet?
11. Heeft u zicht op de afspraken die zijn gemaakt om de onplanbare nachtzorg kostendekkend te maken? Zo ja, welke zijn dit?
12. Heeft de samenwerking rondom de onplanbare nachtzorg effect op de bezetting van de HAP (huisartsenposten)?

Overige aandachtspunten rondom de onplanbare nachtzorg in de regio

13. Hebben de afspraken rondom de onplanbare nachtzorg invloed op het leveren van zorg door zorgaanbieders (zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen)?

Bijlage 7. Uitvraag kostendekkendheid

Algemene gegevens

1. Naam organisatie
2. Bezoekadres
3. Naam contactpersoon
4. Telefoonnummer contactpersoon
5. E-mailadres contactpersoon
6. HAP-regio

Kosten onplanbare nachtzorg

Personele inzet

1. Verpleegkundige (aantal werkuren per nacht)
2. Verzorgende (aantal werkuren per nacht)
3. Triagist / bereikbaarheidsfunctie (aantal werkuren per nacht)
4. Overige

Extra kosten t.b.v. onplanbare nachtzorg

1. ICT (totale kosten die gemaakt zijn voor de voorzieningen sec t.b.v. onplanbare nachtzorg en anders niet gemaakt zouden zijn)
2. Veiligheid (totale kosten die gemaakt zijn voor de voorzieningen sec t.b.v. onplanbare nachtzorg en anders niet gemaakt zouden zijn)
3. Mobiliteit (totale kosten die gemaakt zijn voor de voorzieningen sec t.b.v. onplanbare nachtzorg en anders niet gemaakt zouden zijn)
4. Overige

Baten onplanbare nachtzorg

Baten verpleging en verzorging (zowel voor de regio als voor de eigen organisatie)

1. Productiviteit (productiviteitscijfers van het team dat de onplanbare nachtzorg levert)
2. Oproepbare verzorging (aantal uur in 2020)
3. Oproepbare verpleging (aantal uur in 2020)
4. Andere productie in uren (aantal uur in 2020)
5. Overige

Regionale context (zowel voor de regio als voor de eigen organisatie)

1. Aantal aanbieders onplanbare nachtzorg
2. Aantal uren geplande nachtzorg
3. Aantal cliënten in zorg

Berenschot

Berenschot is een onafhankelijk organisatieadviesbureau met 350 medewerkers wereldwijd. Al 80 jaar verrassen wij onze opdrachtgevers in de publieke sector en het bedrijfsleven met slimme en nieuwe inzichten. We verwerven ze en maken ze toepasbaar. Dit door innovatie te koppelen aan creativiteit. Steeds opnieuw. Klanten kiezen voor Berenschot omdat onze adviezen hen op een voorsprong zetten.

Ons bureau zit vol inspirerende en eigenwijze individuen die allen dezelfde passie delen: organiseren. Ingewikkelde vraagstukken omzetten in werkbare constructies. Door ons brede werkterrein en onze brede expertise kunnen opdrachtgevers ons inschakelen voor uiteenlopende opdrachten. En zijn we in staat om met multidisciplinaire teams alle aspecten van een vraagstuk aan te pakken.

Berenschot B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht
Postbus 8039, 3503 RA Utrecht
030 2 916 916
www.berenschot.nl
/berenschot