Rapport organisatie en financiering van netwerken[1] dementie

Datum: 21-04-2022

Versie 2.0

Auteurs: Sharona Smit, Marian Salari en Loes Heerts

[1] Waar netwerk staat, kan ook keten gelezen worden.

Inhoud

1. Inleiding 3
2. Resultaten 5
2.1 Organisatie van een netwerk dementie 5
2.2 Netwerkcoördinatie 7
2.3 Financiering van een netwerk dementie 9
3. Conclusie 13
Bijlage 1. Vragenlijst 14

1. Inleiding

De dementiezorg staat nu en in de toekomst voor een grote uitdaging met de dubbele vergrijzing en het personeelstekort in de zorg. Daarnaast hebben de netwerken dementie ook de opdracht om uiterlijk in 2025 de zorgstandaard dementie geïmplementeerd te hebben. Samenwerken in een (netwerk)verband is essentieel om de dementiezorg van goede kwaliteit te houden en hierbij past ook een structurele, goede financiering om de samenwerking in netwerkverband op te bouwen en in stand te houden.

Dit rapport laat de stand van zaken van netwerken dementie in Nederland zien op het gebied van organisatie en financiering. Dit is om twee redenen belangrijk. De eerste reden is om met cijfers de huidige situatie te laten zien en zichtbaar te maken waar verbetering mogelijk is. De tweede reden is te onderbouwen dat het doel 'structurele financiering voor ieder regionaal netwerk dementie', zoals benoemd in de nationale dementiestrategie, nog niet gehaald is en nog steeds relevant is.

In het verleden hebben meerdere partijen onderzoek gedaan naar de organisatie en financiering van netwerken dementie. Onderzoeksbureau HHM[2] heeft in 2014 onderzoek gedaan naar de samenstelling en bekostiging van *ketens* dementie. Uit dat onderzoek bleek dat de ketens onderling sterk variëren in de samenstelling van de ketenpartners en het aantal uren voor ketenregisseurs en secretariaat. Er bestaat grote diversiteit in samenstelling, omvang, vormgeving en bekostiging van de ketens dementie. HHM constateerde destijds dat die diversiteit het moeilijk maakt vergelijkbare gegevens te verkrijgen.

Ook Dementiezorg voor Elkaar heeft in 2021 een rapport[3] gepubliceerd met knelpunten, waaruit bleek dat er veel verschil in financiering van de netwerkcoördinator is. Sommige netwerken vallen uiteen door gebrek aan een (betaalde) netwerkcoördinator. Dementiezorg voor Elkaar geeft als oplossingsrichting dat eenduidige en structurele financiering van de netwerkcoördinator goed lopende netwerken dementie ook in de toekomst kan behouden.

Tot slot heeft de Raad van State onlangs een rapport gepubliceerd over onder andere de financiering van de ouderenzorg. Hieruit blijkt dat de schotten in de financiering van de zorg[4] een groot knelpunt. Aangezien dementiezorg over alle domeinen heen speelt, is domeinoverstijgende samenwerking van groot belang. Een domeinoverstijgende financiering draagt daaraan bij.

Doel en methode

In de zomer van 2021 heeft DNN een onderzoek uitgezet naar de organisatie en financiering van netwerken dementie. Het doel was om een beeld te krijgen van hoe netwerken dementie zijn georganiseerd en gefinancierd. In december 2021 is hiervan een rapport opgemaakt. Op basis van dit rapport zijn we tot de conclusie gekomen dat een vervolgonderzoek wenselijk is. Het doel van dit vervolgonderzoek is om gedetailleerder inzicht te krijgen in de wijze van organisatie en financiering van netwerken dementie. De resultaten dienen tevens als onderbouwing om met relevante partijen het gesprek aan te gaan wat nodig is voor netwerken dementie om te kunnen functioneren. We hebben het voorstel voor het vervolgonderzoek voorgelegd aan de netwerken en hier zijn geen bezwaren op gekomen.

[2] onderzoek 'eindrapportage financiering ketenzorg' van HHM, 2014
[3] De kluwen ontrafeld: Knelpuntenanalyse bij een schottenvrije dementiezorg van Dementiezorg voor elkaar, december 2021
[4] RVS advies 'onbegrensd samenwerken?', 2022

We hebben gebruik gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst. De vragen zijn voorgelegd aan een aantal netwerkcoördinatoren en besproken met de coördinator van de landelijke dementiestrategie van het ministerie van VWS. De vragen zijn te vinden in bijlage 1.

Vervolgens is iedere netwerkcoördinator benaderd om een afspraak te maken voor een interview via Microsoft Teams. De antwoorden van de netwerkcoördinatoren zijn verwerkt in een formulier van Google Forms. De analyse is verricht middels Microsoft Excel.

Deelname

In totaal zijn er circa 67 netwerken dementie, waarvan 57 netwerken dementie hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Vier netwerken zijn geen lid van Dementie Netwerk Nederland en hebben om deze reden niet meegewerkt, zes netwerken hebben om een andere reden niet meegewerkt of niet mee kunnen werken. In totaal hebben we een respons van 90%! We danken de netwerken van harte voor hun bijdrage en inbreng.

De personen die geïnterviewd zijn, waren in de meeste gevallen netwerkcoördinator[5]. In een enkel geval combineert een zorgmanager de functie met netwerkcoördinatie als rol of is er een tijdelijke programmamanager om het netwerk op te bouwen.

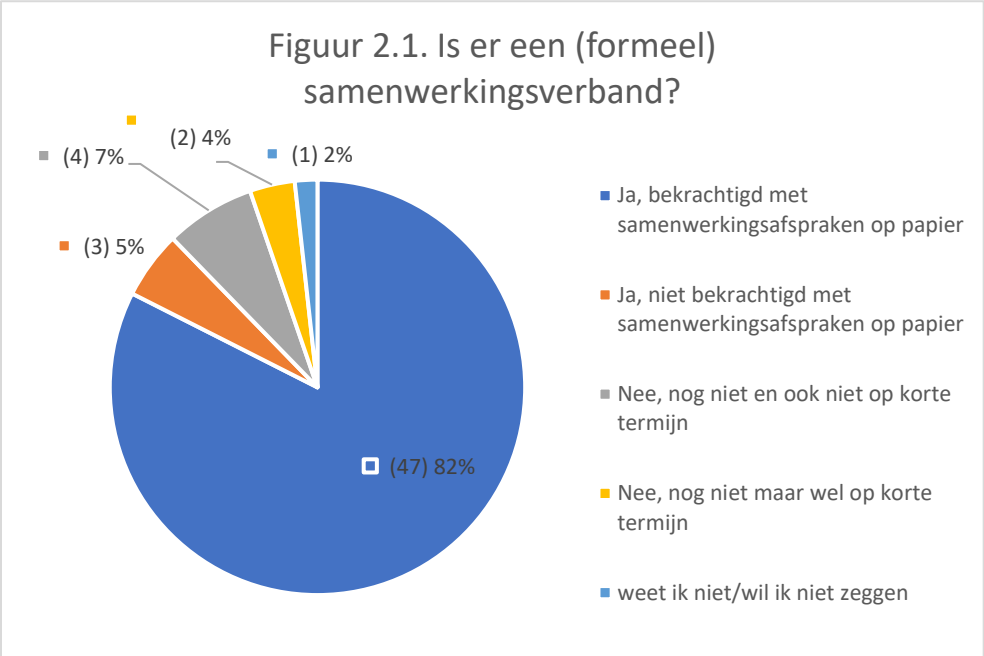
Niet ieder netwerk dat is geïnterviewd, is een opzichzelfstaand (regionaal) netwerk dementie. Een aantal netwerken valt onder een overkoepelende (netwerk)organisatie dat dementie als thema of onderdeel heeft (bijvoorbeeld een netwerk veerkrachtige/kwetsbare ouderen).

[5] Waar netwerkcoördinator staat, kan ook netwerkregisseur, ketenregisseur of ketencoördinator gelezen worden.

2. Resultaten

2.1 Organisatie van een netwerk dementie

In veruit de meeste netwerken is er een formeel samenwerkingsverband, al dan niet bekrachtigd met een samenwerkingsovereenkomst of een convenant (n=50). In enkele regio's is het netwerk nog in opbouw en wordt het netwerk op de korte of lange termijn geformaliseerd (n=6). Eén netwerkcoördinator kon niet aangeven of er een formeel samenwerkingsverband is.



Het bestuur of de stuurgroep van een netwerk dementie is zeer verschillend samengesteld in Nederland. In vijf netwerken is (nog) geen bestuur of stuurgroep. Drie netwerken werken niet via een constructie met een bestuur of stuurgroep en in twee netwerken is de stuurgroep in formatie. Figuren 2.2 en 2.3 laten zien hoeveel procent van de netwerken een samenwerkingsrelatie met een bepaald type organisatie hebben en welke organisaties gemist worden. Figuren 2.4 en 2.5 laten zien welke organisaties vertegenwoordigd zijn in het bestuur/de stuurgroep en welk type organisatie gemist wordt.

Figuur 2.2 Met wie is er een samenwerking in het netwerk?

Organisaties	**Vertegenwoordigd in netwerken % (aantal)**
VVT-organisatie(s)	98,2% (56)
Huisartsen/huisartsengroep	94,7% (54)
Regionale afdeling Alzheimer Nederland	93% (53)
Gemeente(n)	91,2% (52)
Welzijnsorganisatie(s)	89,5% (51)
Ziekenhuis/ziekenhuizen	89,5% (51)
GGz-instelling(en)	73,7% (42)
Anders	57,9% (33)
Zorgverzekeraar	29,8% (27)

Een aantal netwerkcoördinatoren geeft aan dat zij met de meeste gemeenten uit hun regio een fijne samenwerkingsrelatie hebben. Ook geeft een aantal netwerkcoördinatoren aan dat iedere gemeente in de regio een eigen beleid op dementiezorg en – ondersteuning heeft, wat samenwerking en

afstemming in de regio bemoeilijkt. Onder ‘anders’ zijn de volgende organisaties meerdere malen genoemd: vrijwilligersorganisaties, mantelzorgorganisaties, andere netwerken (bijv. palliatieve zorg), andere netwerken dementie en dagbesteding.

Figuur 2.3 Wie wordt gemist in de samenwerking? (n=57)

Organisaties	**Gemist door netwerkcoördinator % (aantal)**
Niemand	42,1% (24)
Anders	31,6% (18)
GGz-instelling(en)	14% (8)
Zorgverzekeraar	12,3% (7)
Gemeente(n)	8,8% (5)
Huisartsen/huisartsengroep	5,3% (3)
Ziekenhuis/ziekenhuizen	5,3% (3)
Welzijnsorganisatie(s)	5,3% (3)
VVT-organisatie(s)	1,8% (1)
Regionale afdeling Alzheimer Nederland	0% (0)

Onder ‘anders’ worden meerdere malen de andere thuiszorgorganisaties die casemanagement dementie aanbieden en de ouderen zelf genoemd. Een aantal netwerkcoördinatoren geeft ook aan dat er urgentiebesef op acties voor betere dementiezorg gemist wordt bij een aantal samenwerkingsrelaties.

Figuur 2.4 Vertegenwoordiging organisaties in bestuur/stuurgroep (n=57)

Organisaties	**Vertegenwoordigd in netwerken % (aantal)**
VVT-organisatie(s)	89% (51)
Regionale afdeling Alzheimer Nederland	68% (39)
Huisartsen/huisartsengroep	66,7% (28)
Welzijnsorganisatie(s)	63,2% (36)
Gemeente(n)	56% (32)
GGz-instelling(en)	50% (29)
Ziekenhuis/ziekenhuizen	50% (32)
Anders	35% (20)
Zorgverzekeraar	10,5% (6)

Bij figuur 2.4 moet de kanttekening gemaakt worden dat niet iedere VVT-organisatie uit de regio in het bestuur of de stuurgroep zitten. Vaak zijn het de (grotere) VVT-organisaties die ook casemanagement dementie aanbieden.

Daarnaast geeft een aantal netwerkcoördinatoren aan dat niet iedere gemeente uit de regio aangesloten is bij het bestuur of de stuurgroep. Onder ‘anders’ vallen veel andere organisaties die in een enkel geval in een bestuur of stuurgroep zitten, zoals de GGD, mantelzorgorganisaties en specialisten ouderengeneeskunde.

Figuur 2.5 Wie wordt gemist in stuurgroep/bestuur? (n=55)

Organisaties	**Gemist door netwerkcoördinator % (aantal)**
Niemand	43,6% (24)
Gemeente(n)	23,6% (13)
Anders	18,2% (10)
Huisartsen/huisartsengroep	12,7% (7)
GGz-instelling(en)	10,9% (6)
Welzijnsorganisatie(s)	10,9% (6)
Zorgverzekeraar	10,9% (6)
Ziekenhuis/ziekenhuizen	9% (5)
Regionale afdeling Alzheimer Nederland	7,27% (4)
VVT-organisatie(s)	3,6% (2)

Organisaties die meerdere malen onder 'anders' worden genoemd door de netwerkcoördinatoren, zijn thuiszorgorganisaties die geen casemanagement dementie aanbieden volgens het expertiseprofiel en buurtteams.

2.2 Netwerkcoördinatie

Figuur 2.6 laat het aantal uur netwerkcoördinatie zien en het aantal uur ondersteuning dat een netwerkcoördinator heeft. Met ondersteuning worden onder andere de volgende functies bedoeld: secretarieel, ICT of beleidsmedewerker. In de meeste gevallen is er geen sprake van ondersteuning en verricht de netwerkcoördinator zelf taken als notuleren, inplannen van afspraken, bijhouden van gegevens en websitebeheer.

Figuur 2.6 Uren netwerkcoördinatie en ondersteuning per week

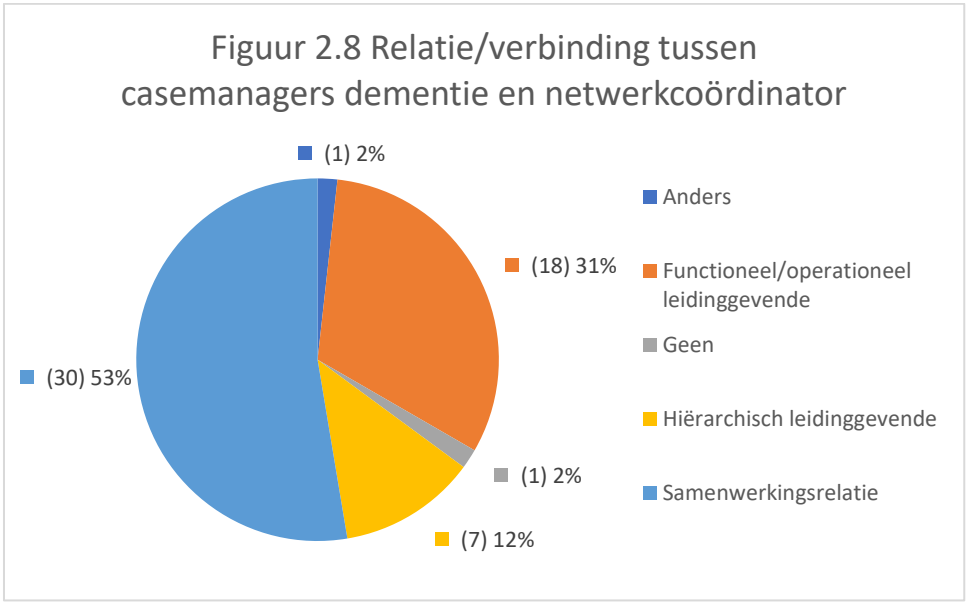
Omvang aanstelling	***Netwerkcoördinatie***	***Ondersteuning***
Gemiddeld aantal uur per week	18,6	6,6
Meest voorkomend aantal uur	24	0
Minimumaantal uur	1,5	0
Maximumaantal uur	48	60

In figuur 2.7 is het aantal uur netwerkcoördinatie weergegeven, ingedeeld naar het aantal mensen met dementie in het netwerk.

Figuur 2.7 Aantal uur netwerkcoördinatie naar aantal mensen met dementie

Aantal uur netwerkcoördinatie	**Aantal mensen met dementie in het netwerk[6]**	*<2000 (n=12)*	*2000-4500 (n=17)*	*4501-7000 (n=15)*	*7001-9500 (n=6)*	*Meer dan 9500 (n=7)*
Gemiddeld aantal uur		5,8	13,5	25,3	25	30
Meest voorkomend aantal uur		4	12	24	20	-
Minimumaantal uur		1,5	2	8	10	18
Maximumaantal uur		20	30	48	42	48

De netwerken dementie werken vaak nauw samen met de casemanagers dementie[7]. De netwerkcoördinatoren hebben een verschillende positie ten opzichte van de casemanagers dementie, zoals figuren 2.8 en 2.9 laten zien.



[6] Aantal mensen met dementie in het netwerk is gebaseerd op de prognosecijfers van Alzheimer Nederland in 2025. Bron: https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf

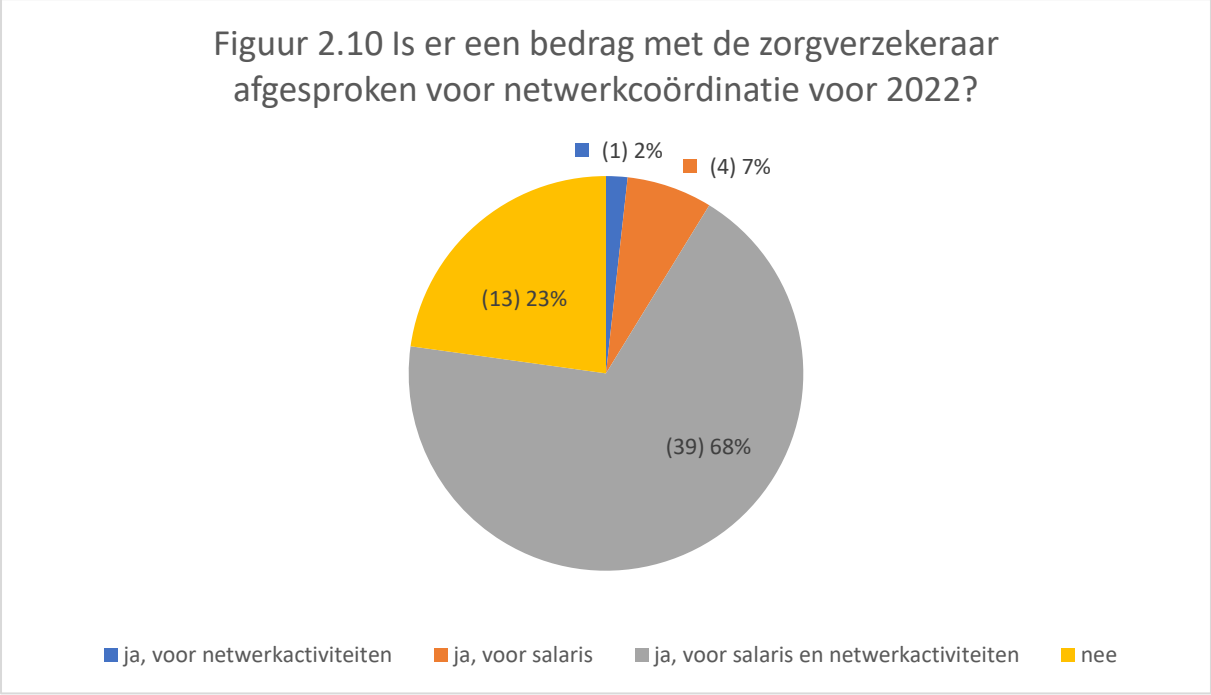
[7] het gaat hier om casemanagers volgens het expertiseprofiel van V&VN en BPSW

Figuur 2.9 Leidinggeven aan casemanagers (n=25)

	Functioneel/operationeel (n=18)	**Hiërarchisch (n=7)**
Gemiddeld aantal fte cmd	*19,98*	*16,1*
Gemiddeld aantal personen cmd	*30*	*23*
Meest voorkomend aantal personen	*42*	*-*
Minimumaantal personen	*5*	*5*
Maximumaantal personen	*70*	*49*

2.3 Financiering van een netwerk dementie

In deze paragraaf laten we de financiering zien van de netwerkcoördinatie in een netwerk dementie. Netwerkcoördinatie wordt benoemd in de beleidsregel verpleging en verzorging van de NZa.[8] Daarom is specifiek ingezoomd op de financiering door de zorgverzekeraar. Hier vallen het salaris van de netwerkcoördinator en de netwerkactiviteiten onder, zoals ook staat beschreven in de bovengenoemde beleidsregel ('personele en infrastructurele voorzieningen om een netwerk op te bouwen of in stand te houden').



Figuur 2.10 laat zien dat 44 netwerken een mate van financiering ontvangen van de zorgverzekeraar. Ruim twee derde ontvangt financiering voor salaris en netwerkactiviteiten, 7% alleen voor het salaris van de netwerkcoördinator en 2% ontvangt alleen financiering voor netwerkactiviteiten. Bij bijna twee derde (63,8%) van de 44 netwerken die financiering ontvangen, is het bedrag jaarlijks hetzelfde.

[8] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_696016_22/1/

Bij bijna een derde (31,8%) van de netwerken verschilt het bedrag jaarlijks. Twee netwerken weten niet of het bedrag jaarlijks verschilt.

Figuur 2.11 Financiering van het netwerk

Financiering netwerk	**% netwerken (aantal)**
Alleen vanuit afspraken zorgverzekeraar	45,6% (26)
Combinatie bijdrage netwerk en financier (zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente)	19,3% (11)
Alleen bijdrage netwerk	15,8% (9)
Combinatie zorgaanbieder en financier (zorgverzekeraar, zorgkantoor en/of gemeente)	12,3% (7)
Zorgaanbieder	5,3% (3)
Verschillende financiers (zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente)	1,8% (1)

Figuur 2.12 Financiering per zorgverzekeraar (n=57)

Zorgverzekeraar	**Aantal netwerken**	**Gemiddeld per netwerk**	**minimum**	**maximum**
CZ	12	0	0	0
Menzis	6	109.000	75.000 (exacte bedrag onbekend)	144.000[9]
Zilveren Kruis	26	44.175	5000	515.000
VGZ	11	65.898	Onbekend	81.200
Anders	2	72.500	45.000	100.000

Figuur 2.13 Minimum en maximumbedrag per zorgverzekeraar naar aantal gemeenten in het netwerk (n=57)

Zorgverzekeraar	**Aantal gemeenten**	*1-4 (n=26)*	*5-9 (n=23)*	*10 of meer (n=8)*
CZ		0	0	0
Menzis		80.000	Meer dan 75.000-144.000	90.000-115.000
Zilveren Kruis		5.000-50.000	24.572-100.000	33.000-515.000
VGZ		70.000	35.000-81.181,5	Bedrag uit afgesproken projectgelden
Anders		45.000	100.000	-

[9] betreft de opgetelde bijdrage van de zorgverzekeraar aan twee samengevoegde regio's die per 2021 één netwerk vormen

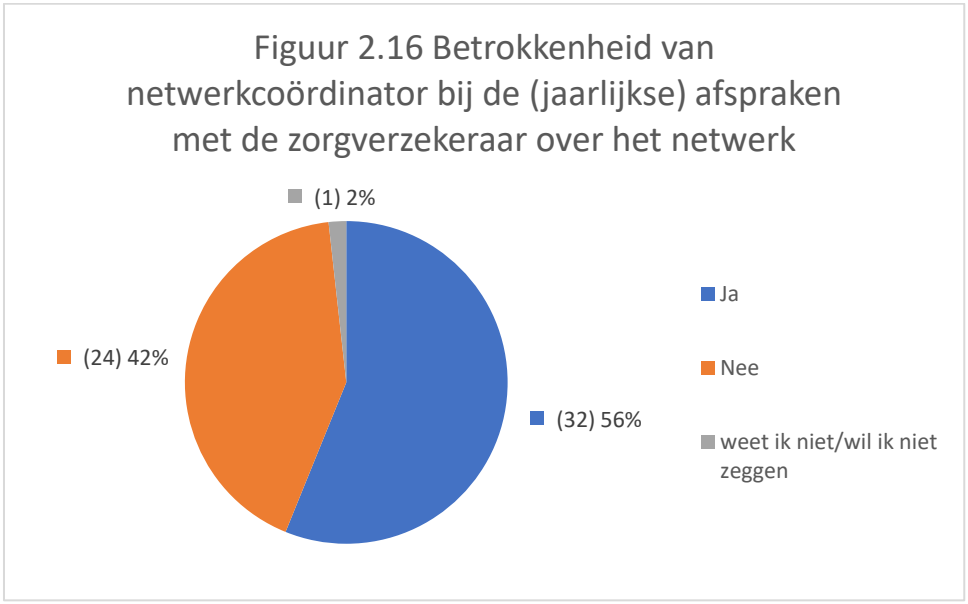
Figuur 2.14 Minimum en maximumbedrag per zorgverzekeraar naar aantal mensen met dementie in het netwerk (n=57)

Zorgverzekeraar	**Aantal mensen met dementie**	*<2000 (n=12)*	*2000-4500 (n=17)*	*4501-7000 (n=15)*	*7001-9500 (n=6)*	*>9500 (n=7)*
CZ		-	0	0	0	0
Menzis		-	Onbekend-80.000	120.000-144.000	-	90.000-115.000
Zilveren Kruis		5000-17.000	17.000-42.886	33.000-100.000	50.000	33.000-515.000
VGZ		-	35.000-72.000	67.000-75.000	62.000-81.181,50	Bedrag uit afgesproken projectgeld (geen structurele financiering)
Anders		-	45.000	100.000		

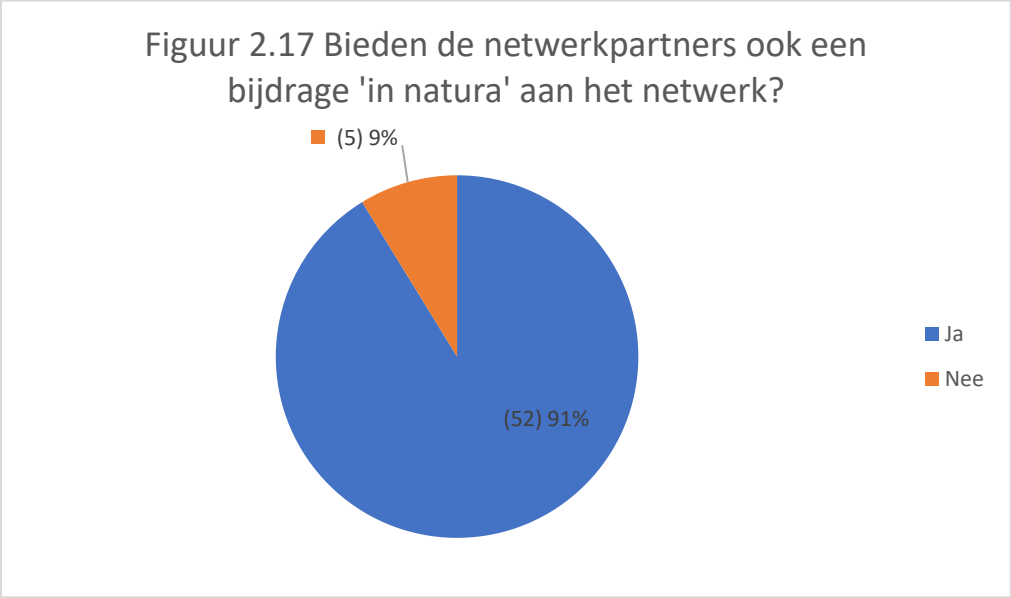
Figuur 2.15 Komt het netwerk uit met de financiering om het netwerk op te bouwen of in stand te houden per zorgverzekeraar? (n=44)

Zorgverzekeraar	**Ja in % (aantal)**	**Nee in % (aantal)**
CZ	-	-
Menzis	13,6% (6)	-
Zilveren Kruis	13,6% (6)	43,2% (19)
VGZ	15,9% (7)	6,8% (3)
Anders	4,5% (2)	-

Een aantal netwerkcoördinatoren gaf tijdens de interviews aan dat het netwerk enkel uitkomt met de financiering omdat de plannen worden aangepast aan de beschikbare financiering.



24 netwerkcoördinatoren geven aan dat zij niet betrokken zijn bij de (jaarlijkse) afspraken met de zorgverzekeraar. Dertien netwerken hiervan krijgt geen financiering van de zorgverzekeraar.



In 91% van de netwerken bieden netwerkpartners ook een bijdrage in natura, zoals personeel voor werkgroepen, specifieke deskundigheid onder andere voor scholing, een werkruimte, een vergaderruimte en koffie/thee e.d.

3. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in hoe netwerken dementie in Nederland zijn georganiseerd en worden gefinancierd. Uit de resultaten blijkt dat dit per netwerk sterk verschilt. De verschillen in financiering en uren voor netwerkcoördinatie kunnen niet worden verklaard door de grootte van het netwerk. De resultaten laten zien dat netwerken dementie verschillen in:

- grootte, zowel in het aantal gemeenten of aantal mensen met dementie
- beschikbare uren netwerkcoördinatie en de mate van ondersteuning hiervoor
- de organisaties die samenwerken in het netwerk
- de samenstelling van het bestuur/de stuurgroep, qua vertegenwoordiging van organisaties
- positie van de netwerkcoördinator ten opzichte van de casemanagers dementie (wat betreft aansturing of samenwerking)
- mate van financiering door de zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente.

Het verschil in beschikbare uren voor netwerkcoördinatie heeft consequenties voor het functioneren van het netwerk en daarmee voor de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie. Voor een aantal netwerken is er een beperkt aantal uren voor de netwerkcoördinator beschikbaar. Zij houden het netwerk in stand of doen hun best om een netwerk op te bouwen of in stand te houden binnen de uren die zij daarvoor krijgen. Deze werkzaamheden lukken vaak niet binnen de uren. De netwerkcoördinator doet alleen het ‘hoognodige’, maar de uren zijn ontoereikend voor de opdracht waar de netwerken dementie voor staan, namelijk het optimaliseren van de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie volgens de afspraken in de zorgstandaard. De dubbele vergrijzing en het tekort aan zorgpersoneel bemoeilijken dit nog extra.

De meeste netwerken zijn (deels) afhankelijk van financiering door zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. Soms hangt het aantal uur van een netwerkcoördinator samen met de beschikbare financiering die een netwerk heeft. Zo is een aantal netwerkcoördinatoren voor een (zeer) beperkt aantal uur aangesteld vanwege het gebrek aan financiering. In totaal worden er 13 netwerken dementie op dit moment niet gefinancierd door de zorgverzekeraar. Twaalf van deze netwerken hebben CZ als preferente zorgverzekeraar. Eén netwerk kan geld halen uit afgesproken projectgelden van een zorgverzekeraar als de begroting niet sluitend is. Daarnaast verschilt soms ook de financier. In een enkel geval financieren de gemeente(n) en het zorgkantoor de netwerkcoördinatie (gedeeltelijk). Meestal financiert de gemeente juist een specifiek project, zoals een dementievriendelijke gemeente. De mate van betrokkenheid van netwerkpartners is in de meeste netwerken groot. Zo stellen de meeste netwerkpartners ‘om niet’ verschillende zaken ter beschikking voor het netwerk, zoals werkruimtes, vergaderruimtes en uren personeel voor werkgroepen. Ook draagt in meer dan de helft van de netwerken het netwerk of een individuele zorgaanbieder gedeeltelijk of in zijn geheel bij aan de kosten van de netwerkcoördinatie.

We zien dat de verschillen tussen netwerken willekeurig lijken. Grote netwerken met meer dan 10 gemeenten of die te maken hebben met meer dan 9000 mensen met dementie krijgen niet per definitie een hoger bedrag dan netwerken van kleinere omvang. Sterker nog, er zijn grote netwerken die op dit moment geen financiering krijgen van een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. Ook hebben grotere netwerken niet per definitie meer uren voor netwerkcoördinatie. Een aantal netwerkcoördinatoren geeft aan tevreden te zijn met de mate van financiering door hun zorgverzekeraar en het contact dat zij met de zorgverzekeraar hebben.

Vervolg

DNN vindt het belangrijk dat de netwerken dementie dusdanig gefinancierd en georganiseerd kunnen worden, dat zij toegerust zijn op hun taken. Daar hoort een passende en structurele financiering bij, zoals ook benoemd in de nationale dementiestrategie. We vragen het ministerie en de financiers te zoeken naar een passende oplossing voor een structurele financiering.

Dit onderzoek heeft zich beperkt tot een inventarisatie van de organisatie en financiering van netwerken dementie. Hoe het netwerk dementie functioneert gegeven de financiering en het aantal uur netwerkcoördinatie is niet onderzocht, maar is mogelijk wel een onderzoeksvraag voor de toekomst. De resultaten roepen namelijk de vraag op in hoeverre netwerken dementie zijn toegerust op hun taak voor goede dementiezorg – en ondersteuning voor een groeiende cliëntenpopulatie. De randvoorwaarden hiervoor staan beschreven in de zorgstandaard dementie. Ook is het te overwegen om te onderzoeken wat minimaal nodig is voor een goede organisatie en financiering van de netwerken, zoals een goede financiële basis voor een netwerk en het aantal uur netwerkcoördinatie dat daarbij hoort.

Bijlage 1. Vragenlijst

Organisatie:

- Wie is de preferente zorgverzekeraar?
- Is er een (formeel) samenwerkingsverband in het netwerk?
- Aantal uur netwerkcoördinator?
- Aantal inwoners met dementie in je netwerk in 2025 (op basis van cijfers Alzheimer Nederland: https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf)

- Aantal gemeenten in je netwerk

- Welke relatie/verbinding is er met de casemanagers dementie in het netwerk? Indien functioneel of hiërarchisch leidinggevende, fte en aantal casemanagers?

- Aantal uur overige inzet ondersteuning? Bijv. secretariële of ICT-ondersteuning, beleidsmedewerker

- Wie is er vertegenwoordigd in de stuurgroep/ het bestuur?
- Wie mis je in de stuurgroep/het bestuur?
- Met wie is er een samenwerkingsrelatie in het netwerk?
- Wie mis je in de samenwerking?

Financiering:

- Hoe wordt jouw salaris gefinancierd? (Zorgverzekeraar, uit bijdrage netwerk, penvoerder, gemeente)
- Ben je als netwerkcoördinator betrokken bij de (jaarlijkse) afspraken met de zorgverzekeraar over het netwerk? (bijv. lever je input, cijfers, zit je aan tafel bij de zorgverzekeraar)
- Is er een bedrag met de zorgverzekeraar afgesproken voor netwerkcoördinatie (salaris, netwerkactiviteiten)? **Zo ja:** met wie (welk type organisatie) en hoeveel? Is dit bedrag vanuit de contractering of subsidie? Verschilt dit jaarlijks? komt het netwerk met dit bedrag uit om het netwerk op te bouwen of in stand te houden? (denk aan infrastructurele en/of personele voorzieningen)
- Betaalt de gemeente voor netwerkcoördinatie?
- En zorgkantoor (wlz-gelden)?
- Bieden de netwerkpartners ook een bijdrage 'in natura' aan het netwerk? (denk aan vergaderruimtes, werkruimte, koffie/thee)