



GROEIDOCUMENT

# Bijlage 1 handreiking gemeenten en IZA

Formele (financiële) afspraken en  
strategische achtergrondanalyse

71326 - Intern vertrouwelijk – 3 november 2023

# Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1</b> .....	<b>3</b>
<b>Afspraken en financiën omtrent IZA</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Rol van gemeenten in het IZA</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2 Doel, inhoud en eisen van het regioplan</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Vaststellen regioplan</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4 Verhouding werkagenda gemeenten tot IZA en het regioplan</b> .....	<b>4</b>
<b>1.5 Financieringsmogelijkheden voor gemeenten: SPUK- GALA- en IZA- middelen</b> .....	<b>5</b>
<b>1.6 Relatie IZA en GALA</b> .....	<b>6</b>
<b>1.7 IZA in relatie tot andere programma's</b> .....	<b>6</b>
<b>Hoofdstuk 2</b> .....	<b>8</b>
<b>Strategische achtergrondanalyse</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1 Strategische heroriëntatie gemeenten</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2 Inhoudelijke kansen van het IZA</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3 Samenwerking met de zorgverzekeraar</b> .....	<b>11</b>
<b>2.4 Regionale samenwerking en politieke besluitvorming</b> .....	<b>11</b>
<b>2.5 Financiële mogelijkheden en risico's</b> .....	<b>12</b>

## HOOFDSTUK 1

# Afspraken en financiën omtrent IZA

## 1.1 Rol van gemeenten in het IZA

Gemeenten hebben in het IZA een essentiële rol toebedeeld gekregen in de (wijkgericht) preventie en ondersteuning op het gebied van de gezondheid en welzijn. Dit met als doel inwoners zo gezond en vitaal mogelijk te laten leven en zorgvragen te voorkomen of te verminderen. Deze rol is gebaseerd op de wettelijke taak die gemeenten hebben bij het bieden van passende ondersteuning in de zelfredzaamheid van mensen en het bevorderen van een gezond en actief leven. In de werkagenda van de VNG is uitgewerkt op welke wijze gemeenten invulling kunnen geven aan deze rol en wat de IZA-partijen van gemeenten mogen verwachten.

Om hieraan uitvoering te kunnen geven, heeft de VNG de Roadmap Gezond Leven opgesteld voor gemeenten rondom het IZA en het GALA. Hierin wordt beschreven welke rollen de VNG, mandaatgemeenten en overige gemeenten in kunnen nemen per opgave. Deze rollen wisselen dus per opgave. De rollen zijn in deze roadmap als volgt beschreven.

## 1.2 Doel, inhoud en eisen van het regioplan

Het opstellen/herijken van het regiobeeld gebeurt gezamenlijk door een afvaardiging van de regionale zorgaanbieders, zorgverzekeraars, burgers/ patiënten en gemeenten. Het initiatief tot het opstellen van het regiobeeld voor de zorgkantorregio wordt genomen door de marktleidende zorgverzekeraar samen met de door de gemeenten in de regio gezamenlijk aangewezen gemeente. Samen maken zij een procesvoorstel en planning en leggen dit ter goedkeuring voor aan de regionale zorgpartijen en de gemeenten. De hiervoor genoemde afvaardiging maakt afspraken met de zorgprofessionals in hun organisaties hoe hun vertegenwoordiging, betrokkenheid en inhoudelijke inbreng bij het opstellen van regiobeelden worden geborgd.

Naast de regiobeelden en plannen worden door het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) beelden en plannen opgesteld. De ROAZ-plannen hanteren een andere regio-indeling dan de zorgkantorregio's. Desalniettemin zijn er opgaven in de plannen die inhoudelijke afstemming vragen. Bijvoorbeeld coördinatie- en capaciteitsvraagstukken van de acute keten.

Het regioplan bestaat uit twee delen :

1. **Regio-opgaven:** dit zijn de belangrijkste opgaven die met prioriteit gezamenlijk worden opgepakt. Partijen geven inzicht in hoe zij tot deze prioritering zijn gekomen. Het thema gezondheid(bevordering) en preventie maakt (in beginsel) onderdeel uit van het regioplan.

2. **Regio-afspraken:** deze afspraken gaan over de wijze waarop partijen de regio-opgaven gecommiteerd gaan oppakken en wie daarbij betrokken zijn. Er dient hierbij tenminste opgenomen te zijn welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan en op welke schaal, op welke (meetbare) resultaatafspraken daarbij wordt gestuurd en hoe de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt. De afspraken worden vertaald in een werkagenda voor de regio; de marktleider zorgverzekeraar en aangewezen gemeente spelen hierin een coördinerende rol.<sup>1</sup>

Voor het regioplan zijn de volgende inhoudelijke criteria opgenomen:

1. Elke regio formuleert een regioplan op basis van het regiobeeld en andere in het IZA genoemde uitgangspunten, waarbij urgentie van de regionale knelpunten op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit leidend is.
2. Het regioplan beschrijft welke (landelijke) randvoorwaarden de regio nodig heeft voor effectieve samenwerking die de regio zelf niet kan oplossen (bijvoorbeeld data-uitwisseling, wet- en regelgeving rondom samenwerking van zorg/ondersteuning die op het grensvlak van verschillende wetten valt.)<sup>2</sup>

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) moet voor haar rol om de voortgang en resultaten te monitoren, kunnen beoordelen of regionale afspraken voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen op basis van de genoemde criteria. In een recente publicatie<sup>3</sup> beschrijft de NZa dat het voor de regioplannen noodzakelijk is om de knelpunten die partijen hebben geïdentificeerd, scherper te formuleren. Die focus is noodzakelijk om tot doeltreffende oplossingen te komen die de gezondheid van inwoners verbetert en integrale zorg in de regio borgt.

### 1.3 Vaststellen regioplan

De Roadmap Gezond Leven beschrijft dat in de mandaatstructuur die gemeenten in de regio met elkaar hebben vastgelegd hoe zij de besluitvorming organiseren over de inzet in het regioplan en de besteding van de (regionale) SPUK-middelen. De lokale zorgpartijen committeren zich aan het regioplan. In de criteria voor de regioplannen staat geen handleiding voor de formele bestuurlijke vaststelling van deze regioplannen. Partijen committeren zich dus wel aan het regioplan maar hoe de bestuurlijke vaststelling plaatsvindt en welke bestuurlijke tafel hiervoor wordt gebruikt wordt in de regio uitgewerkt. In de meeste regio's wordt een bestuurlijke tafel opgericht, met een afvaardiging van bestuurders uit de verschillende sectoren. In dit gremium vindt besluitvorming plaats op basis van het (concept)regioplan en committeren partijen zich aan de gemaakte afspraken.

### 1.4 Verhouding werkagenda gemeenten tot IZA en het regioplan

De VNG-werkagenda is opgesteld ter onderbouwing van de door het IZA beschikbaar gestelde middelen. In deze werkagenda schetst de VNG wat de IZA-partijen van gemeenten mogen verwachten aan inzet ten behoeve van de in het IZA gestelde doelen en gemaakte afspraken. In het regioplan zijn de gezamenlijke prioritaire opgaven uitgewerkt en wordt het commitment uitgesproken door de lokale partijen aan dit regioplan. Hierbij is het dus voor de gemeenten van belang om zich te realiseren dat de regioplannen leidend zijn.

---

<sup>1</sup> [Criteria regiobeelden en regioplannen \(overheid.nl\)](#)

<sup>2</sup> [Criteria regiobeelden en regioplannen \(overheid.nl\)](#)

<sup>3</sup>

<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/09/21/regioanalyses#:~:text=Regioplannen%20uiterlijk%201%20januari,belangrijke%20stap%20voorwaarts%20is%20gezet.>

In de werkagenda gaat het er dus om hoe de gemeentelijke route dienstverlenend kan zijn aan de doelen en ambities uit het IZA, die zijn uitgewerkt in het regioplan. De redenering zou dus niet andersom moeten zijn hoe de gemeenten aan de hand van het regioplan kunnen bepalen hoe ze hun eigen ambities kunnen verwezenlijken met de middelen van het IZA.

## 1.5 Financieringsmogelijkheden voor gemeenten: SPUK-GALA- en IZA-middelen

In het kader van IZA-GALA twee specifieke uitkeringen (SPUK's) voor gemeenten van toepassing. Deze twee SPUK's hebben elk een eigen doel en aanvraagprocedure. Daarnaast kan in gezamenlijkheid met andere partijen een aanvraag gedaan worden voor de transformatiemiddelen.

### 1.5.1 Eerste SPUK (SPUK GALA, Brede SPUK)<sup>4</sup>

De eerste SPUK is bestemd voor gemeentelijke activiteiten op het gebied van een aantal omschreven domeinen en doelen (VNG). Hier onder vallen: sport, bewegen en cultuur, gezondheid & sociale basis en ondersteunende onderdelen.

#### Aanvraagprocedure

Bij de aanvraag van een uitkering voor 2024 en de jaren daarna wordt een plan van aanpak ingediend waarin specifieke onderdelen benoemd moeten worden. De aanvraag kan worden ingediend in de volgende twee perioden:

- februari 2023 tot en met 31 maart 2023 en
- september 2023 tot en met 31 oktober 2023.

### 1.5.2 Tweede SPUK (SPUK IZA, regionale SPUK)<sup>5</sup>

De tweede SPUK (€ 150 miljoen IZA-middelen, via mandaatgemeenten) is bedoeld voor inzet op coördinatie en uitvoering van activiteiten op het snijvlak van het medisch-sociaal domein en preventie. In de werkagenda (bijlage 2 van het GALA) is aangegeven waar de middelen aan besteed kunnen worden. Er is in deze tweede SPUK onder andere ruimte om geld in te zetten voor activiteiten die voortkomen uit het gezamenlijke, aan IZA gekoppelde, regioplan. Dit biedt meer ruimte om op de regio toegesneden en regionaal afgestemde keuzes te maken.

#### Aanvraagprocedure

- De minister verleent de uitkering voor het jaar 2023 ambtshalve uiterlijk 30 september 2023.
- De aanvraag tot verlening van een uitkering voor de jaren 2024, 2025 en 2026 wordt door de mandaathouder mede namens de andere gemeenten in de samenwerkingsregio ingediend in de periode van 15 november 2023 tot en met 31 december 2023.
- Voor de aanvraag wordt een door de minister vastgesteld formulier gebruikt.
- De aanvraag gaat vergezeld van de volgende documenten:
  - een begroting;
  - een regioplan dan wel een beschrijving van de gemeentelijke inzet ten aanzien van de opgaven in de betreffende regio met een toelichting waarom het regioplan nog niet tot stand is gekomen op 31 december 2023;
  - een beschrijving van de regionale mandaatstructuur.
- De minister besluit binnen 13 weken na 31 december 2023 op de aanvraag, bedoeld in het tweede lid.

---

<sup>4</sup> <https://wetten.overheid.nl/BWBR0047862/2023-02-09#Hoofdstuk5>

<sup>5</sup> <https://wetten.overheid.nl/BWBR0048411/2023-07-18#Artikel6>

- Het besluit tot verlening van een uitkering vermeldt in elk geval waarvoor de uitkering wordt verleend, het bedrag van de uitkering, de wijze van verantwoording, de periode waarvoor de uitkering wordt verleend en de wijze waarop het verrichten van de activiteiten kan worden aangetoond.
- De minister verleent bij het besluit tot verlening van een uitkering een voorschot van 100%, dat in jaarlijkse termijnen wordt betaald.

### 1.5.3 Transformatiemiddelen

Er zijn vanuit het coalitieakkoord tijdelijke transformatiemiddelen van in totaal € 2,8 miljard, waarvan € 1,4 miljard al is geormerkt aan bepaalde sectoren, beschikbaar om de transformatie te ondersteunen. In principe mogen alle partijen, inclusief gemeenten en partijen uit het sociaal domein, plannen indienen voor impactvolle transformaties, maar wel alleen in gezamenlijkheid met de partijen die geraakt worden door het plan. Het uitgangspunt is dat alle plannen zo gezamenlijk mogelijk worden opgesteld. Dat betekent logischerwijs dat een transformatieplan (vrijwel) altijd in betrokkenheid met de zorgaanbieder(s) opgesteld zal worden.<sup>6</sup>

## 1.6 Relatie IZA en GALA

Het Integraal Zorgakkoord (IZA richt zich in hoofdzaak op de houdbaarheid van het zorgstelsel, met als invalshoek de Zorgverzekeringswet. Het GALA richt zich hoofdzakelijk op het bouwen aan een fundament voor een gerichte aanpak op het gebied van preventie, gezondheid en sociale basis, waarin een gezonde samenleving centraal staat. Het GALA is belegd bij gemeenten en het IZA bij de zorgkantoorregio. Vanuit de gemeentelijke opdracht uit het IZA wordt deze gerichte aanpak gezien als voorwaarde voor de beweging naar de voorkant waar gemeenten een belangrijke rol in spelen, onder meer door het versterken van de sociale basis, het aanpakken van gezondheidsachterstanden en de toepassing van *health in all policies*. Ten tweede betreft het IZA de samenwerking met zorgpartijen. Dit speelt met name ook regionaal. De ketenafspraken en de afspraken over de preventie infrastructuur (H3G uit GALA), zijn een uitwerking van de werkagenda uit het IZA over gezond leven en preventie (werkagenda G uit het IZA).<sup>7</sup>

## 1.7 IZA in relatie tot andere programma's

Om een brede verandering in de samenleving te realiseren zijn er vanuit het ministerie van VWS nog een aantal programma's opgezet rondom zorg en welzijn, naast het IZA.

- Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Het WOZO-programma draagt bij aan een brede maatschappelijke beweging en de transitie in wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen. WOZO zet in op een gemeenschappelijke opgave met veldpartijen; het langetermijnperspectief en een expliciete norm: zelfstandig als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.
- Het programma 'Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg; Samen anders leren en werken' (TAZ). De inzet van TAZ gaat langs de lijnen 'ruimte voor het vergroten van werkplezier', 'ruimte voor zorgmedewerkers om te leren en zich te blijven ontwikkelen' en 'ruimte voor nieuwe werkvormen'.
- De Green Deal Duurzame Zorg 3.0. In de Green Deal worden doelstellingen en afspraken opgenomen waarmee de zorgsector toewerkt naar een onomkeerbare transformatie naar zorg en ondersteuning met minimale impact op het klimaat en het milieu.

---

<sup>6</sup> IZA, beoordelingskader impactvolle transformaties

<sup>7</sup> <https://vng.nl/vragen-en-antwoorden/wat-is-de-relatie-tussen-iza-en-gala>

- De Hervormingsagenda Jeugd (HA). Deze agenda bevat een pakket aan maatregelen om de jeugdzorg te verbeteren en het stelsel houdbaar te maken. Rijk en gemeenten stelden hem op met cliëntenorganisaties, professionals, en aanbieders van jeugdzorg.

## HOOFDSTUK 2

# Strategische achtergrondanalyse

In dit hoofdstuk zijn per hoofdstuk in de handreiking aanvullende toelichtingen opgenomen. Ze geven meer achtergrond bij de acties die gemeenten moeten uitvoeren bij een bepaald aandachtspunt.

## 2.1 Strategische heroriëntatie gemeenten

### 2.1.1 Gemeenten en de Zvw- en Wlz-zorg

Het traditionele perspectief van gemeenten op zorg en welzijn is gericht op de volksgezondheid, bijvoorbeeld via de GGD op basis van de Wet publieke gezondheid. Daarbij hebben gemeenten veel oog voor hoe gezondheid wordt beïnvloed door andere leefgebieden waarop gemeenten invloed hebben: werk, participatie en inkomen, huisvesting, veiligheid, leefomgeving, sociale cohesie, etc. Belangrijke factor daarbij is de wetenschap dat op alle leefgebieden veel aandacht en middelen besteed worden aan een beperkt aantal multiprobleemgezinnen, zonder dat hun problematiek structureel wordt doorbroken. Vanuit deze achtergrond beschouwen gemeenten de preventie van zorg en domeinoverstijgend werken als belangrijke opgaven.

De verplichtingen voor gemeenten vanuit de Wmo en de Jeugdwet hebben de betrokkenheid van gemeenten bij de zorg in de afgelopen jaren vergroot. Bij de rest van het zorgveld (gefinancierd vanuit de Zvw en Wlz) voelen veel gemeenten zich nog niet zo betrokken. De kennis van de gemeenten over de curatieve zorg is nog te beperkt. Het ontbreekt hen nog aan inzicht in waarom er in deze sector op een bepaalde manier wordt gewerkt. Daarmee vinden zorgpartijen in gemeenten niet altijd de strategische gesprekspartner waaraan ze behoefte hebben om bij te dragen aan oplossingen voor de (curatieve) zorg.

Strategisch-inhoudelijke gesprekken van gemeenten met zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders zijn nog schaars, al zijn er in de afgelopen jaren vooral met zorgverzekeraars stappen gezet met gezamenlijke werkagenda's. Inhoudelijke samenwerkingen tussen gemeenten/lokale teams en bijvoorbeeld huisartsen, de volwassen-GGZ en ziekenhuizen staan nog aan het begin. Denk hierbij bijvoorbeeld aan mentale gezondheidscentra of integrale wijkteams. Binnen deze initiatieven komen veel aspecten van zorg en welzijn samen: preventie, generalistisch werken, specialistisch werken en herstelgericht werken. Een gemeenschappelijke focus en taal is hierbij van groot belang.

Het vraagt tijd en aandacht om de benodigde expertise binnen gemeenten en de externe relaties in het Zvw- en Wlz-veld op te bouwen. Gemeenten moeten zichzelf die tijd en aandacht verschaffen, maar dat zal ze ook door IZA-partners gegund moeten worden. Dat geldt ook andersom: de transformatie van zorg zal vele jaren in beslag nemen en kan ook bij zorgpartijen niet van de ene op de andere dag worden vorm gegeven.



## 2.1.2 Gemeenten en het sociaal domein

De natuurlijke focus van gemeenten op preventie en domeinoverstijgend werken past bij de transformatiebeweging die centraal staat in het Integraal Zorgakkoord. Als partners in het sociaal domein, de ondersteuning en de zorg werken alle betrokken partijen aan een tijdige toegang tot passende zorg en ondersteuning. Gemeenten brengen ook belangrijke expertise in ten aanzien van de totale sociale kaart, de wijze waarop activiteiten op allerlei domeinen tegelijk impact hebben op gezinnen en de bijdragen die vanuit andere domeinen dan de zorg geleverd kunnen worden om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

Toch liggen hier ook grote uitdagingen. Hoewel gemeenten over veel informatie uit tal van bronnen en over een breed werkveld beschikken, is er maar weinig sprake van datagestuurd werken in het sociaal domein. Dit maakt ook dat bewezen effectieve interventies voor preventie en/of normalisering schaars zijn. Daarmee ontstaat het risico dat de bijdrage van gemeenten aan de IZA-tafel te abstract blijft om daadwerkelijk een belangrijk deel van het regioplan te vormen.

Dat geldt ook voor de inbreng van partijen uit het gemeentelijk gefinancierde sociaal domein, zoals welzijnsorganisaties. Bovendien zijn deze partijen vaak in denken, structuren en praktijk nog minder goed aangesloten bij de afspraken uit het IZA dan zorgpartijen die (voornamelijk) vanuit de Zvw en Wlz gefinancierd worden. Bovendien wordt in het sociaal domein geworsteld met financiële tekorten en personeelstekorten. Daar waar zorgpartijen al gauw naar het sociaal domein kijken als deel van de oplossing, zien partijen in het sociaal domein het IZA niet zelden als een 'extra klus', waarvoor de opdracht en/of de middelen ontbreken. Daarmee ontstaat het risico dat de inbreng vanuit het sociaal domein in het regioplan (ver) achterblijft bij die van zorgpartijen.

Gemeenten hebben een cruciale rol te vervullen als verbindende, regisserende, financierende en/of opdrachtgevende partij om de organisaties van het sociaal domein volop onderdeel te maken van de gezamenlijke coalitie, bewust te maken van hun verantwoordelijkheid en de mogelijkheid te bieden om de IZA-doelstellingen te behalen.

Binnen gemeenten zelf ligt er ook een complexe opgave om meer vanuit de inwoner, meer domeinoverstijgend te werken over de kokers van wetten en leefdomeinen heen. Doorgaans zijn gemeenten zich hier ook bewust van. Niettemin kan er bij samenwerkingspartners onbegrip bestaan over het gebrek aan integrale aanpak vanuit bijvoorbeeld de zorg, jeugd, werk, inkomen, huisvesting en/of veiligheid in dezelfde gemeente of regio.

De (meetbare) effecten van de gemaakte afspraken in het regioplan zullen opgevolgd moeten worden, waarbij er eveneens voor de gemeenten (bijvoorbeeld in samenwerking met de GGD) een belangrijke rol is weggelegd.

## 2.2 Inhoudelijke kansen van het IZA

Het IZA beoogt de zorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Dat is een grote uitdaging. Mensen leven steeds langer en het aandeel ouderen ten opzichte van het aantal werkenden neemt toe. Het aantal chronisch zieken neemt eveneens toe. Door deze en andere factoren stijgt de vraag naar zorg sneller dan het aanbod kan opvangen. Zonder transformatie in de zorg zou in 2040 zou 1 op de 4 werknemers in Nederland in de zorg moeten werken.

Om het doel van toegankelijke zorg in de toekomst te behalen, zet het IZA onder meer in op een verschuiving van de focus op ziekte en medicalisering naar positieve gezondheid en preventie, en op een betere en effectievere inzet van de capaciteit in de zorg en de ondersteuning. Op deze manier wordt gewerkt aan een betere (ervaren) gezondheid van inwoners en aan het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg.

Gemeenten spannen zich al jaren in voor het verbeteren van de publieke gezondheid. De beweging van het IZA past goed bij deze al lang bestaande inzet. Gemeenten merken ook de effecten van de overbelaste zorg. Zonder de noodzakelijke transformatie van de zorg en de bewustwording van inwoners daarover, is te voorzien dat meer inwoners in de knel komen en dat gemeenten zullen moeten bijspringen vanuit bijvoorbeeld sociaal werk.

Gemeenten hebben daarom ook baat bij ambitieuze regioplannen die impactvolle en domeinoverstijgende veranderingen beogen. Dat betekent dat er acties zijn die het mogelijk maken de inzet van tweede- en derdelijnszorg op verantwoorde wijze te beperken en waar nodig op te vangen door de inzet vanuit de eerstelijnszorg, het sociaal domein of de inwoners zelf. Het is niet alleen een kwestie van afschalen in de keten, maar ook het slim combineren van (gelijktijdige) inzet vanuit verschillende partijen door de keten heen.

Uit onderzoek blijkt dat de gezondheidszorg voor slechts 10% bepalend is voor de individuele gezondheid. Voor de gewenste beweging is daarom meer aandacht nodig voor de overige 90%. Gezondheid gaat niet enkel over de afwezigheid van (lichamelijke) ziekten, maar ook over zaken als welbevinden, bestaanszekerheid, verbondenheid en veiligheid. Sectorale oplossingen binnen de zorg zijn daarom niet genoeg om de noodzakelijke beweging te maken van 'zorg' naar 'gezondheid'. Ze kunnen wel een bijdrage leveren, maar uiteindelijk is een domeinoverstijgende beweging noodzakelijk om niet alleen te optimaliseren binnen de huidige zorg, maar ook te transformeren.

Alternatieven voor de huidige zorg zullen deels vanuit het sociaal domein en vanuit informele zorg en de eigen kracht van inwoners moeten komen. Daar kunnen gemeenten en het sociaal domein expertise voor inbrengen. Zonder sterke inbreng van gemeenten en partijen in het sociaal domein kan de nadruk in regioplannen vooral op interventies en optimalisaties binnen de zorg komen te liggen.

### **Ontstijgen van sectoraal perspectief**

Het is niet gemakkelijk om het sectorale perspectief te ontstijgen. In elke samenwerking hebben betrokken partijen de neiging om oplossingen te zoeken in hun eigen sector, omdat ze die het beste kennen, daar de expertise voor hebben en zinvolle interventies kunnen doen. In de IZA-samenwerking geldt bovendien dat de beoogde transformatie voor sommige sectoren betekent dat minder en/of andere zorg geleverd zal moeten worden dan in het verleden. Dit raakt aan bestaande organisaties en hun personeel. Sectoren zoeken dan ook naar een nieuw toekomstperspectief. Ook dit kan leiden tot een blik gericht op de (belangen van de) sector in plaats van een blik gericht op de inhoud en de breedte van het veld, hoewel we weten dat er in de breedte van de zorg de komende decennia meer dan genoeg werk is.

Het risico bestaat dat gemeenten en het sociaal domein in dezelfde valkuil stappen en eenzijdig de focus leggen op het 'gemeentelijk deel' van de transformatieopgave: preventie, welzijn, Wpg, Wmo. Gemeenten worstelen bovendien net zo goed met financiële tekorten en personeelstekorten. Ook hier geldt dat het zoeken naar oplossingen over de domeinen heen helpt. Hoe draagt bijvoorbeeld de inzet vanuit het GALA bij aan de gezamenlijke IZA-doelstellingen? En wat is er nodig van de IZA-partners of van landelijke partijen om als sociaal domein onderdeel van de oplossing te kunnen zijn?

### **De rol van inwoners en de verwachtingen van zorg**

Om de inwoner en zijn gezondheid centraal te stellen, zal het regioplan ook samen met de inwoners tot stand moeten komen. Het vanaf het begin betrekken van de inwoners, cliënten en patiënten bij de plannen geeft hen een ervaring van eigenaarschap over hun omgeving, zorgt voor het zich bewustzijn van de knelpunten en vergroot het draagvlak voor keuzes en besluiten.

Niet alleen kunnen mensen vanuit hun eigen ervaring meedenken en kunnen eigen initiatieven van inwoners een bijdrage leveren aan de noodzakelijke ondersteuning, maar de bredere maatschappelijke verwachtingen van de zorg zijn een belangrijke factor in de ontwikkeling van de zorgvraag (bijvoorbeeld: wanneer ga ik naar de huisarts of de GGZ?). Zonder wijziging van die verwachtingen kan de druk op (eerstelijns)zorg niet voldoende worden verlicht en zullen bijvoorbeeld wachtlijsten voor de GGZ blijven bestaan. Om een gedragsverandering bij inwoners te verwezenlijken is het nodig dat IZA-partners op landelijk en regionaal niveau gezamenlijk en consistent communiceren over de reële verwachtingen van de zorg.

## 2.3 Samenwerking met de zorgverzekeraar

De samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten is voor beide partijen wettelijk potentie liggen er grote kansen. Zorgverzekeraars brengen vaak focus en daadkracht in, met een zakelijkheid richting zorgpartijen die gebaseerd is op objectief vastgestelde informatie. Gemeenten brengen een breder perspectief mee, waarin (curatieve) zorg maar een beperkte factor vormt voor de publieke gezondheid en expertise in het opbouwen van draagvlak met een grote hoeveelheid partijen. Waar deze bijdrage over en weer wordt gewaardeerd, ontstaat een sterk team. De schaduwzijden kunnen ook gaan overheersen. Dan wint bijvoorbeeld het onbegrip over de doorlooptijden bij gemeenten of de focus van zorgverzekeraars op door hen gefinancierde zorg. Deze relatie is gebaat bij het expliciet maken van de verschillen en de complementariteit.

## 2.4 Regionale samenwerking en politieke besluitvorming

Het IZA-regioplan is niet het begin of het einde van de transformatie van zorg. Het is een belangrijke stap om de onderlinge samenwerking in de breedte van zorg en sociaal domein te versterken, het draagvlak voor de noodzakelijke transformatie en het onderlinge begrip van de consequenties te vergroten, en betekenisvolle acties te starten. Het plan vormt een (nieuw) startpunt van een groeiende samenwerking en netwerkstructuur. Het proces naar het regioplan toe en het bouwen aan gelijkgerichtheid is daarmee minstens zo belangrijk als de tekst van het regioplan zelf.

### **De schaal van de zorgkantorregio**

Gekozen is voor de zorgkantorregio's als uitgangspunt voor de regioplannen. De regionale samenwerking op het niveau van de zorgkantorregio is niet voor elke gemeente en zorgaanbieder vanzelfsprekend. Complicerende factoren hierbij zijn de anders gedefinieerde regio-indelingen van bijvoorbeeld de GGD en de ROAZ. Daarbij is de realiteit dat niet elke regio hetzelfde is en dezelfde startpositie heeft wat betreft samenwerking en gelijkgerichtheid. Dit zal zijn weerslag hebben op de aard, inhoud en diepgang van het regioplan. Een regioplan dat niet door de betrokken partijen wordt gedragen, heeft geen betekenis of effect. De uitdaging is daarom om inhoudelijk in het regioplan de maximale stap te maken die door de regionale partners kan worden gedragen.

Niet alles hoeft op het niveau van de zorgkantorregio te worden afgesproken; ook bovenregionaal, subregionaal en lokaal wordt samengewerkt. Belangrijk is om af te wegen waar de regionale samenwerking toegevoegde waarde heeft voor de inhoudelijke doelen van het IZA. Vaak heeft dit te maken met de mogelijkheid om beter te prioriteren, de inzet van mensen en middelen beter te richten en om (domeinoverstijgende) obstakels te slechten. Thema's waarop de toegevoegde waarde van regionale samenwerking al sterk naar voren komt zijn bijvoorbeeld de coördinatie van de capaciteit, de arbeidsmarkt gerelateerde vraagstukken en inzet op digitalisering. Een veelgehoorde misvatting over het regioplan is dat het voor de transformatieaanvragen noodzakelijk is dat ze voortkomen uit het regioplan. Aanvragen kunnen ook buiten het regioplan om worden gedaan, zolang ze daarmee niet strijdig zijn. Ook dit geeft flexibiliteit hoe het regioplan er in een regio uit kan komen te zien.

## Samenwerking tussen regiogemeenten

Omdat meerdere gemeenten betrokken zijn bij de regionale samenwerking, is het cruciaal dat er iemand is die het proces van samenwerking aanjaagt en de afstemming tussen gemeenten coördineert. Voor gemeenten is besluitvorming met regiopartners uitdagend, omdat besluitvorming lokaal is ingericht en uiteindelijk door alle colleges van de regio verantwoordelijkheid aan de raden moet worden afgelegd. Onderling vertrouwen is daardoor cruciaal en is niet in alle regio's even groot. Daarbij komt dat de bestuurskracht, ambtelijke expertise en capaciteit zeer ongelijk verdeeld zijn tussen gemeenten. De veelheid van vragen aan gemeenten in het kader van het IZA en het GALA zijn nauwelijks op te vangen, terwijl samenwerkingspartners wel verwachten dat gemeenten meewerken aan de doelstellingen en activiteiten, en wel binnen de bijbehorende door het ministerie van VWS ingegeven deadlines. Ook gemeenteraden hebben verschillende wensen. Vanuit hun kaderstellende, volksvertegenwoordigende en controlerende rol is het vooral belangrijk dat zij – al dan niet via het college – in hoofdlijnen de koers mede kunnen bepalen. Ook moeten zij geïnformeerd worden over de afspraken die worden gemaakt en over de effecten daarvan in hun gemeente. Bovendien moeten zij de opbrengsten van de IZA-samenwerking voldoende kunnen blijven volgen in de komende jaren.

Voor de gemeentelijke regionale samenwerking bestaat dan ook geen blauwdruk. Daarvoor zijn de verschillen tussen de regio's te groot. In elke regio moeten afspraken gemaakt worden over de vertegenwoordiging vanuit gemeenten aan de IZA-tafel en de wijze waarop alle gemeenten hierop worden aangesloten. De mandaatgemeente heeft hierin een formele rol toebedeeld gekregen, maar de samenwerkingsafspraken tussen mandaatgemeente en andere gemeenten kunnen er overal verschillend uitzien. Een nadere rolverdeling tussen de gemeenten kan ook behulpzaam zijn. Verschillende gemeenten kunnen voor de verschillende IZA-thema's een rol spelen bij het opstellen van een werkagenda. Het verschil in verantwoordelijkheden tussen mandaatgemeente en overige gemeenten is in dit document onder formele afspraken verder toegelicht.

## 2.5 Financiële mogelijkheden en risico's

Deze middelen zijn echter incidenteel van aard. De verandering die het IZA beoogt zal uiteindelijk ook gepaard moeten gaan met een financiële verschuiving van tweede/derdelijnszorg naar eerstelijnszorg en het sociaal domein.

Hier doen zich een aantal risico's en belemmeringen voor:

- De Zvw-, de Wlz- en de gemeentelijke financiering worden vaak nog als gescheiden werelden benaderd. Daarmee ontstaat er structureel aan de zorgkant een bezuinigingsopgave en aan de sociaal domeinkant een investeringsopgave, zonder dat deze met elkaar in directe verbinding worden gebracht.
- Het kost doorgaans een aantal jaren tijd om daadwerkelijk een verplaatsing van de zorg naar de eerstelijns of de sociale basis te realiseren. Businesscases hebben dus een langere looptijd nodig en vragen doorgaans om extra financiering aan de voorkant.

- In het verlengde hiervan is de beschikbaarheid van transformatiemiddelen voor gemeenten niet voor iedereen vanzelfsprekend. In het zorgveld wordt dit niet zelden als 'zorgverzekeringsgeld' beschouwd.
- Zoals eerder geconstateerd, leven in het zorgveld vaker concrete ideeën over de nuttige inzet van transformatiemiddelen dan in het sociaal domein. Dit betekent niet per definitie dat dit inhoudelijk ook de beste ideeën zijn met het oog op de IZA-beweging, maar wel dat aanvragen voor transformatiemiddelen voornamelijk uit het zorgveld kunnen komen.
- De financiële en personele druk is zowel in de zorg als het sociaal domein groot. In de zorg kan de krapte bijdragen aan de urgentie en motivatie van de transformatie: de bestaande zorg kan eenvoudigweg niet meer geleverd worden. In het sociaal domein kan deze krapte juist belemmerend werken: er wordt gevraagd om een extra investering, maar de mensen en de middelen daarvoor ontbreken. Gemeenten hebben al moeite om hun meerjarenbegrotingen sluitend te krijgen, worden geconfronteerd met stijgende zorgkosten en onzekerheid over de ontwikkeling van het gemeentefonds. Waar gemeenten op zoek zijn naar bezuinigingen voor de komende jaren, vraagt het IZA hen juist om extra investeringen te doen met incidentele middelen zonder het vooruitzicht van een structurele financiering. De spanning hiertussen wordt verder vergroot doordat de effecten van de investeringen in het sociaal domein vaak nog onduidelijk zijn, andere partijen dan verwacht er baat bij hebben of dat deze effecten pas op de langere termijn verwacht worden.



## WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al 85 jaar volgen wij als adviesbureau deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. De behoefte om iets fundamenteels te betekenen voor mens en maatschappij zit in onze genen. Met onze adviezen en oplossingen hebben we dan ook actief meegebouwd aan het Nederland van vandaag. Altijd op zoek naar duurzame vooruitgang.

Alles wat we doen, is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. Zo komen we tot gefundeerde adviezen en slimme oplossingen. Die zijn op het eerste gezicht misschien niet altijd de meest voor de hand liggende. Juist deze eigenzinnigheid maakt ons uniek. Daarbij zijn we niet van symptoombestrijding. En gaan pas naar huis als het is opgelost.

### **Berenschot B.V.**

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG UTRECHT  
Postbus 8039, 3503 RA UTRECHT  
030 2 916 916  
[www.berenschot.nl](http://www.berenschot.nl)