

# SAMEN WERKEN

aan zorg en ondersteuning

Samenwerken aan zorg en ondersteuning

**Leidraad**  
voor gemeenten en zorgkantoren

## INHOUDSOPGAVE

<b>1. Managementsamenvatting</b>	<b>2</b>
<b>2. Zorg, welzijn en het belang van samenwerking</b>	<b>3</b>
De sectorale organisatie van zorg en ondersteuning	3
Samenwerking als antwoord op de uitdagingen voor de zorg	5
<b>3. Praktijk van samenwerking</b>	<b>5</b>
Een groeiende praktijk	5
Concrete kansen van samenwerking	7
<b>4. Samenwerking en succesvoorwaarden</b>	<b>10</b>
De kern van samenwerkingsvraagstukken	10
Succesfactoren voor samenwerkingsrelaties	11
<b>5. Afwegingen bij het inrichten van de samenwerking</b>	<b>13</b>
1) Verleiden tot partnerschap	13
2) Mandatering tussen verzekeraars of gemeenten onderling	14
3) Analyse en ambitie-ontwikkeling	15
4) De rol van burgers of cliënten	16
5) De relatie met aanbieders	16
6) Actie ondernemen, implementeren en financieren	17
7) De relatie verankeren en onderhouden	19
<b>6. Concreet aan de slag!</b>	<b>19</b>
In aparte bijlagen:	
- Mini-toolkit ketenzorg dementie	
- Mini-toolkit decentralisatie van begeleiding	
- Mini-toolkit woonservicegebieden	
- Mini-toolkit gezondheidsbevordering	
<b>Bijlage A: Het wettelijk kader van zorg en ondersteuning</b>	<b>20</b>
<b>Bijlage B: De verdeling van zorgkantoren over Nederland</b>	<b>22</b>
<b>Bijlage C: Schematische weergave 'Een nieuw kijkglas voor samenwerkingsrelaties'</b>	<b>24</b>

1



**SAMEN WERKEN**  
aan zorg en ondersteuning

## 1. MANAGEMENTSAMENVATTING

De leidraad Samen werken aan zorg en ondersteuning biedt een hulpmiddel voor samenwerking tussen zorgverzekeraars (verantwoordelijk voor AWBZ en Zvw) en gemeenten (verantwoordelijk voor Wmo en Wpg).

Samenwerking is nodig om recht te doen aan het uitgangspunt dat mensen zorg en ondersteuning willen die aansluit bij de manier waarop zij willen leven en deelnemen aan de samenleving. Ook gelet op het oplopende beroep op de gezondheidszorg is het belangrijk om over schotten heen te werken en cliëntgericht én doelmatig afstemming van zorg, ondersteuning en preventie te realiseren. Ongeacht mogelijke aanpassingen binnen en tussen de verschillende stelsels zal samenwerking tussen de uitvoerders van de verschillende wetten ook altijd nodig blijven.

Deze handreiking laat zien dat in ons land de zorgverzekeraars en gemeenten elkaar in toenemende mate weten te vinden. Aan de hand van een aantal concrete thema's valt dat ook te demonstreren. Samenwerking is gebaseerd op vertrouwen in elkaars positie, kennis en kunde en mogelijkheden. Samenwerking van gelijkwaardige partijen komt niet vanzelf van de grond, gegeven de verschillende wettelijke regimes, de daaruit voortvloeiende cultuurverschillen en het ontbreken van een duidelijk machtscentrum van waaruit sturing plaatsvindt. Op basis van die analyse volgen aanbevelingen aan zorgverzekeraars en gemeenten om de samenwerking ter hand te nemen. Deze aanbevelingen hebben elk het karakter van een afweging of dilemma, waar partijen samen hun positie in moeten bepalen om resultaten te kunnen boeken. Om die afwegingen verder in te vullen en concreet te maken bevat de handreiking als bijlage een viertal concrete uitwerkingen.

Dat betreft:

- Samenwerken aan dementiezorg
- Decentralisatie van begeleiding
- Samenwerken aan woonservicegebieden
- Samenwerken aan gezondheidsbevordering.

In deze mini-toolkits wordt uiteengezet hoe partijen gezamenlijk een aantal thema's beet kunnen pakken en kunnen werken aan samenhangende en cliëntgerichte zorg en ondersteuning.

Deze leidraad en de vier gekozen thematische uitwerkingen zijn ontwikkeld in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). De documenten zijn gebaseerd op de ervaringen en inzichten van een 15- tal koppels van gemeenten en zorgverzekeraars, die betrokken zijn geweest bij het traject 'Samen werken aan zorg en ondersteuning'<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Amsterdam & Agis, Boxtel & UVIT, Delft & DSW, Den Haag & CZ, Deventer & Salland, Groningen & Menzis, Peel en Maas & UVIT, Leiden & Zorg en Zekerheid, Middelburg & CZ, Rotterdam & Achmea, Tjtsjerksteradiel & De Friesland, Utrecht & Agis, Venlo & UVIT, Wageningen & Menzis en Zwolle & Achmea.

## 2. ZORG, WELZIJN EN HET BELANG VAN SAMENWERKING

### DE SECTORALE ORGANISATIE VAN ZORG EN ONDERSTEUNING

Wie in ons land die zorg en ondersteuning nodig heeft, kan te maken krijgen met vier verschillende wetten en drie verschillende uitvoerders. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de Zvw en voeren met zorgkantoren in onderscheiden regio's de AWBZ uit (hierna wordt alleen nog over zorgverzekeraars gesproken). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de Wmo en de Wpg<sup>2</sup>. Zorgverzekeraars hebben binnen het regime van de AWBZ en Zvw andere bevoegdheden, beleidsruimte en sturingsmogelijkheden dan gemeenten binnen de Wmo en Wpg. Binnen de verschillende 'regimes' zijn verschillende culturen, benaderingen en relaties gegroeid en zijn werelden ontstaan met elk eigen vragen en dilemma's.

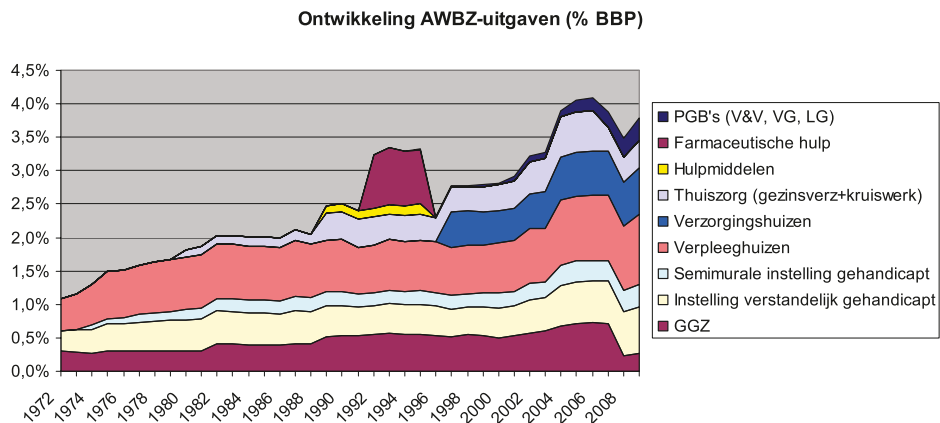
Uitgangspunt is dat niemand buiten de boot mag vallen en dat alle burgers gelet op hun mogelijkheden de zorg en ondersteuning kunnen krijgen die zij nodig hebben. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben beide een 'stelsel'-verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de zorg – en welzijnaanbieders en de vele vrijwilligers en mantelzorgers in de eigen gemeente van de kaders en instrumenten zijn voorzien om zo goed mogelijk op de vraag van mensen in te spelen. Actueel op dit moment is dan ook het denken over de samenhang tussen 'cure' en 'care' op het niveau van de zorgverzekeraars en tussen 'care' en ondersteuning op het niveau van gemeenten.

### SAMENWERKING ALS ANTWOORD OP DE UITDAGINGEN VOOR DE ZORG

De gezondheidszorg in ons land ziet zich met grote uitdagingen geconfronteerd. Het beroep op de gezondheidszorg stijgt, deels als gevolg van de vergrijzing en een stijgende levensverwachting en daarmee gepaard gaande ouderdomsgerelateerde zorgconsumptie, en deels als gevolg van maatschappelijke trends als een veranderende leefstijl en medicalisering. Burgers zijn in toenemende mate ook kritisch en betrokken bij de inhoud van de geboden zorg; 'one-size-fits-all' voldoet niet. Het huidige budget en het te verwachten arbeidspotentieel zijn naar verwachting niet toereikend om in die toenemende en steeds meer gedifferentieerde zorgvraag te voorzien. In figuur 1 is gedemonstreerd wat de effecten van deze ontwikkelingen zijn op de uitgaven aan de AWBZ.

<sup>2</sup> Zie bijlage A voor een omschrijving van deze wettelijke kaders, de uitvoeringsverantwoordelijken en de beleidsruimte die beide partijen hebben.

Figuur 1: Ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product<sup>3</sup>.



Een belangrijk en veel bepleit antwoord is een grotere samenhang tussen preventie, ondersteuning in de eigen omgeving, informele zorg, de curatieve zorg en zeer specialistische zorg. De gedachte is dat een beroep op de dure intramurale zorg op zijn minst kan worden vertraagd wanneer mensen ondersteund worden om langer zelfstandig thuis te kunnen wonen. Met bevordering van een gezonde leefstijl kan de zorgconsumptie worden teruggedrongen en stijgt mogelijk het aantal jaren dat mensen zonder beperkingen kunnen leven. Door meer samenhang aan te brengen in de zorg die geleverd wordt aan cliënten met meervoudige problematiek worden hun behoeften beter vervuld, wordt de arbeidssatisfactie van professionals vergroot en wordt ook doelmatigheidswinst behaald. En door vaker met collectieve voorzieningen en informele oplossingen in ondersteuningsvragen te voorzien, kan de cliënttevredenheid groeien en een beroep op dure zorg voorkomen worden.

4

Deze lijn is ook verankerd in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte en de januari 2011 verschenen uitwerking daarvan door de minister en staatssecretaris van VWS<sup>4</sup>. Het kabinet pleit kort gezegd voor "kwalitatief goede basiszorg die zo dicht mogelijk bij de patiënt is georganiseerd". Het kabinet wil met voorstellen komen om meer ruimte te bieden aan meegroeiwoningen, mantelzorgwoningen en meergeneratiewoningen en is voornemens om woonkosten niet langer uit het zorgbudget te financieren, wat ertoe leidt dat mensen langer in hun eigen huis willen en moeten kunnen blijven wonen. Tevens is doel de samenhang in de zorg verbeteren, bijvoorbeeld door "GGz-ketenzorg in de eerste lijn te bevorderen", te pleiten voor buurtzorg met een centrale rol voor de huisarts en wijkverpleging,

<sup>3</sup> Ministerie van Financien (2010). Rapport brede heroverweingen: 12. Langdurige Zorg.

<sup>4</sup> Minister van VWS (2011). *Zorg die werkt. Beleidsdoelstellingen van de minister van VWS*. En: Staatssecretaris van VWS (2011). *Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen van de staatssecretaris van VWS*.

en de AWBZ-functie begeleiding (waaronder dagbesteding) over te hevelen naar gemeenten omdat deze functie “het best dichtbij de cliënt geregeld [kan] worden”.

Het zijn allemaal zaken die niet gerealiseerd kunnen worden zonder de synergie-effecten tussen de verschillende kaders te benutten en over schotten heen te werken. Samenwerking is het sleutelwoord om recht te doen aan het uitgangspunt dat mensen zorg en ondersteuning willen die aansluit bij de manier waarop zij willen leven en deelnemen aan de samenleving.

### 3. PRAKTIJK VAN SAMENWERKING

Samenwerking is belangrijk en dat roept de vraag op hoe de zorgverzekeraars en de gemeenten elkaar op dit moment weten te vinden. In 2009 hebben ZN en VNG met een beperkte scan geïnventariseerd welke samenwerkingsrelaties in de praktijk tot ontwikkeling zijn gekomen.

5

#### EEN GROEIENDE PRAKTIJK

De scan laat zien dat sprake is van een groeiende en zeer gevarieerde praktijk. In toenemende mate weten partijen elkaar te vinden en initiatieven te ontplooiën rondom thema's als:

- maatschappelijke opvang
- ketenzorg dementie
- preventie en gezondheidsbevordering
- woonservicegebieden
- één loket-functie
- de inkoop van collectieve contracten
- de pakketmaatregelen

Het verschilt van regio tot regio en van gemeente tot gemeente welke thema's zijn opgepakt. In een aantal grotere gemeenten heeft de samenwerking met de zorgverzekeraar betrekking op een breed spectrum van thema's en zijn convenanten afgesloten met per project afspraken over wie de trekker is en hoe bekostiging, inkoop en verantwoording plaatsvindt. In geval van de Maatschappelijke Opvang heeft landelijk beleid ertoe geleid dat centrumgemeenten afspraken maken met de zorgverzekeraar over de zorginkoop; in veel steden is dat ook aanleiding geweest om ook andere thema's te agenderen. Een belangrijke prikkel voor de zorgverzekeraars om contacten te leggen met de – grotere – gemeenten is de mogelijkheid geweest om collectieve contracten af te sluiten voor mensen met een uitkering of voor het personeel van gemeenten. Ook dat is weer aanleiding geweest om ook andere thema's te agenderen. Verder zijn verspreid over het land sporen terug te vinden van de ooit verplichte 'regiovisies'. In een aantal regio's heeft de totstandkoming van dergelijke visies geleid tot

een hecht en blijvend samenspel van gemeenten, aanbieders, corporaties en zorgverzekeraar waarin uiteenlopende thema's worden opgepakt.

In andere gemeenten en regio's worden de thema's slechts aangestipt en is nog geen sprake van een gezamenlijke 'onderneming'; zeker ingeval van kleinere gemeenten zijn nog weinig relaties tot ontwikkeling gekomen.

Niet alleen qua breedte en diepte van samenwerking zijn er verschillen. Per regio zijn ook andere opvattingen te beluisteren over

- de wijze van verankering van resultaten;
- de mate waarin kennis en visie-ontwikkeling een rol speelt;
- de wijze waarop nieuwe thema's en ontwikkelingen op de agenda komen ;
- financiering van mogelijke initiatieven;
- de mate waarin aanbieders en cliënten(-organisaties) betrokken zijn;
- de wijze waarop doelstellingen, indicatoren en afspraken zijn geformuleerd en worden gemonitord.

De verschillen in wettelijke regimes, visie, cultuur en relatie tot de uitvoeringspraktijk zijn van grote invloed op het belang dat zorgverzekeraars en gemeenten hechten aan samenwerking. Dat heeft uiteraard ook te maken met de eigen visie op – uitvoering van – AWBZ en Wmo en welke rollen en taken dat met zich meebrengt. Zorgverzekeraars hebben weliswaar allemaal met dezelfde beleidsregels te maken, maar de wijze waarop dat wordt uitgevoerd is elke keer weer verschillend zoals ook scheidsrechters dezelfde regels verschillend toepassen. Gemeenten hechten bij de uitvoering van de Wmo sterk aan de eigen beleidsvrijheid en in den lande is een zeer gedifferentieerde praktijk ontstaan.

Samenwerking krijgt steeds meer impulsen. De in 2009 gestarte discussie over de voorgenomen opheffing van de zorgkantoren en wat dat betekent voor samenwerking heeft het thema meer in de 'spotlight' gezet. Ook de plannen van het nieuwe kabinet en de prioriteit die gemeenten in hun collegeprogramma's aan zorg en ondersteuning toekennen vormen een stimulans. Zo heeft de gemeente Amsterdam het thema Zorg tot een van de vijf collegeprioriteiten verheven. Zo zijn er veel meer gemeenten die prioriteit geven aan het brede zorg- en welzijnsdomein en samenwerking met de zorgverzekeraar wenselijk vinden. Ook zorgaanbieders moedigen hiertoe aan; zo komt uit Rotterdam maar ook uit andere gemeenten het signaal dat aanbieders zeer content zijn met de afgelopen paar jaar gegroeide actieve gemeentelijke bemoeienis en opdrachtgeversrol op zorggebied. Zo zien instellingen dat in relatie tot complexe hulpvragen en probleemgroepen de ketens ook daadwerkelijk kunnen sluiten en ook resultaten worden geboekt.

Toch is over het geheel genomen de samenwerking nog weinig duurzaam van karakter en vaak van personen afhankelijk. Illustratief is dat menig wethouder in de quick scan sprak over de "Berlijnse Muur" die tussen de Wmo en de AWBZ zou

zijn opgetrokken en samenwerking bemoeilijkt. Er is ook gebrek aan kennis in het spel: van de kant van verzekeraars is vooral gewezen op de relatieve onbekendheid bij gemeenten hoe de AWBZ werkt en hoe 'regelgestuurd' een zorgkantoor in feite moet functioneren. Geconcludeerd kan worden dat samenwerking niet vanzelfsprekend is en bij het ontbreken van landelijke kaders ook niet vanzelfsprekend van de grond is gekomen.

### CONCRETE KANSEN VAN SAMENWERKING

In het kader van deze handreiking is een viertal thema's uitgewerkt waarop verzekeraars en gemeenten samen om uiteenlopende redenen veel kunnen en soms ook moeten bereiken: ketenzorg dementie, decentralisatie van begeleiding, woonservicegebieden en gezondheidsbevordering.

#### **Ketenzorg dementie**

In Nederland lijden 230.000 mensen aan dementie; in 2050 zijn dat naar verwachting twee keer zoveel mensen. In 2008 is bijna 5% van het budget voor de gezondheidszorg besteed aan zorg voor dementerenden; niettemin worden veruit de meeste dementerenden ondersteund door mantelzorgers. Het goed en doelmatig bieden van zorg en ondersteuning aan cliënten en mantelzorg vergt de ontwikkeling van een samenhangend pakket. De zorgkantoren moeten in de inkoopplannen apart aandacht schenken aan ketenzorg dementie. Daarvoor is samenwerking met gemeenten nodig: gemeenten kunnen een forse bijdrage leveren op het gebied van informatievoorziening, mantelzorgondersteuning en de inzet van lichte of collectieve voorzieningen.

#### *Ketenzorg dementie in Boxtel*

*De gemeente Boxtel en het zorgkantoor van UVIT voeren samen het project Ketenzorg Dementie uit. In de regio functioneert een Alzheimercafé, is de functie van casemanager ontwikkeld door een zorgaanbieder, organiseert men voorlichting over dementie onder burgers, vrijwilligers en professionals en is geprobeerd de hulpverlening meer integraal vorm te geven. Sommige van deze zaken vallen strikt genomen onder de AWBZ, anderen onder de Wmo, maar juist de samenwerking leidt tot de mogelijkheid om een integraal pakket te ontwikkelen. De samenwerking is inmiddels verder verbreed; het zorgkantoor stemt besluiten over de zorginkoop zoveel mogelijk af met de gemeente.*

*> Zie verder: Mini-toolkit Ketenzorg Dementie, case Boxtel.*

#### **Decentralisatie van begeleiding**

Bij de discussie over de houdbaarheid van de AWBZ is de richting steevast om de wet terug te brengen tot de kern: de hoognodige onverzekerbare zorg voor mensen met serieuze beperkingen. Alles wat niet onder die categorie valt wordt overgeheveld naar andere domeinen, zoals de Wmo. Het meest recente voorbeeld van die ontwikkeling is de in het regeerakkoord geplande overheveling of decentralisatie van de AWBZ-functie begeleiding naar gemeenten. Om



deze decentralisatie goed te kunnen afwikkelen is kennisoverdracht (wat zijn kenmerken van het aanbod? Welke oplossingsrichtingen zijn mogelijk?) van belang. Ook kunnen zorgverzekeraars en gemeenten samen het gesprek aangaan met aanbieders om zo sterk te staan bij de ontwikkeling van nieuwe oplossingen.

#### *Den Haag & CZ*

*De gemeente Den Haag heeft bij de pakketmaatregel in 2009 contact gezocht met het zorgkantoor van CZ om beter zicht te krijgen op de effecten van deze maatregel. Het zorgkantoor heeft een rol gespeeld om beter grip te krijgen op de gegevens van het CIZ. Maar minstens zo belangrijk was hun betrokkenheid bij het gesprek met aanbieders over het opvangen van de gevolgen. Dat hielp om de zaken in reëel perspectief te blijven zien. Met deze betrokkenheid ontstond uiteindelijk een uitgebreid actieplan met een scala aan activiteiten.*

*> Zie verder: Mini-toolkit Decentralisatie van begeleiding, case Den Haag & CZ.*

#### **De ontwikkeling van woonservicegebieden**

Mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Dat is niet alleen de eigen wens, maar ook de manier om de zorg op lange termijn betaalbaar te houden. Dat vergt wel de ontwikkeling van woonservicegebieden: wijken en dorpen met een afgestemd pakket aan voorzieningen van wonen, welzijn en zorg. Deze ambitie bestaat al geruime tijd, maar uit recent onderzoek van de SEV<sup>5</sup> blijkt dat duurzame verankering en integraliteit de achilleshiel van het concept is; voor de vele partijen in het veld (zorgaanbieders, woningcorporaties en welzijnsinstellingen) ontbreekt vaak een duurzame prikkel tot samenwerking en afstemming. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen samen zorgen voor een nieuwe inhoud van het concept.

#### *Tytjerksteradiel & De Friesland*

*In de gemeente Tytjerksteradiel is het na sluiting van het verzorgingstehuis de bedoeling om zoveel mogelijk diensten aan huis te kunnen bieden. Die diensten worden primair geleverd door 'Omtinkers': breed georiënteerde cliëntondersteuners werkzaam bij partijen in verschillende domeinen die de noodzakelijke hulp en ondersteuning organiseren en deels ook zelf bieden. In een dienstencentrum vinden naast de reguliere zorgdiensten ook welzijnsactiviteiten plaats en is ook een peuterspeelzaal en een consultatiebureau gevestigd. Het concept is bedacht door burgers en beroepsbeoefenaren. Professionals uit allerlei sectoren hebben gezamenlijk een werkmethode ontwikkeld voor de uitvoering; gemeente en zorgverzekeraar zijn vooral aanjager en facilitator. Het project heeft geleid tot zeer grote tevredenheid onder bewoners en alle betrokken organisaties in het gebied. De resultaten wijzen uit dat 40% minder zorg wordt geconsumeerd dan waarvoor is geïndiceerd.*

*> Zie verder: Mini-toolkit Woonservicegebieden, case Tytjerksteradiel & De Friesland.*

<sup>5</sup> Effecten van woonservicegebieden, Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting September 2010 Rotterdam

*Breda*

*In Breda is een integrale en grondige aanpak ontwikkeld om de 15 woongebieden in de gemeente (variërend van 6.000 tot 16.000 inwoners) levensloopbestendig te maken. Het beleid concentreert zich op zogenoemde centrale zones, geconcentreerd rondom winkelcentra. Een ideale wijk kent aangepaste woningen, woonzorgappartementen, belangrijke voorzieningen zoals zorg, winkels, een postkantoor en bank, veel aandacht voor bereikbaarheid en toegankelijkheid, activiteiten voor ontmoeting en zorg- en welzijnsdiensten. Er is gekozen om de zones op te bouwen rond winkelcentra, vanwege het belang van deze centra om zelfstandig te kunnen blijven wonen.*

*> Zie verder: Mini-toolkit Woonservicegebieden, case Breda.*

**Gezondheidsbevordering**

Gezondheidsbevordering is 'in'; om de volksgezondheid te bevorderen en ook de uitdijende kosten van de gezondheidszorg terug te dringen, pleiten velen ervoor om ziekte en gebreken zoveel mogelijk vóór te zijn. Onderzoek naar succesvol gezondheidsbevorderingbeleid laat zien dat een domeinoverstijgende aanpak een belangrijke succesfactor is: kennis en sturingsinstrumenten uit verschillende domeinen moeten worden ingezet om burgers te verleiden tot een gezonde leefstijl. Huisartsen, scholen, welzijnswerkers en bedrijven moeten de handen ineen slaan en inspelen op de karakteristieken van de lokale samenleving. Samenwerking van zorgverzekeraars en gemeenten kan helpen bij de totstandkoming van deze lokale coalities.

*Utrecht & Agis*

*De gemeente Utrecht en zorgverzekeraar Agis hebben een convenant gesloten met twee doelen: het bevorderen van de gezondheid en het terugdringen van de zorgkosten. Men is allereerst een jaar bezig geweest om een beeld te krijgen van de werkelijke vragen en behoeften aan zorg en ondersteuning en methoden om daarin te voorzien. De zorgverzekeraar heeft informatie over de zorgconsumptie; de gemeente heeft in het kader van de Wpg informatie vanuit de gezondheidsmonitor. Op basis van het gezamenlijke beeld is in een tweetal wijken met hoge zorgconsumptie – Kanaleneiland en Overvecht – een scala aan activiteiten ontwikkeld. Ook zorgaanbieders, welzijnsinstellingen en scholen participeren daarin.*

*> Zie verder: Mini-toolkit Gezondheidsbevordering, case Utrecht & Agis.*

**... en verder**

Het grensvlak tussen Wmo en AWBZ is breder dan deze thema's; sommige gemeenten en zorgverzekeraars hebben een omvattende samenwerkingsrelatie ontwikkeld om zicht te krijgen op wat zich in de praktijk voordoet en daar gezamenlijk op in te spelen.

*Almere & Agis*

*Almere kent een "Wmo-coalitie", waarin zorgkantoor, gemeente én aanbieders en cliënten structureel overleggen over vraagstukken rondom de AWBZ en de Wmo. Voortdurend komen in de vorm van concrete casuïstiek vragen en problemen op het grensvlak van Wmo en AWBZ op tafel. Gezamenlijk worden daarvoor oplossingen gezocht. De gemeente en Agis als concessiehouder van het zorgkantoor gaan binnenkort rondom een vijftal onderwerpen gezamenlijk zorg en ondersteuning inkopen. In 2011 gebeurt dat door aanvragen van aanbieders gezamenlijk te beoordelen, in 2012 door het gehele zorginkoopproces gezamenlijk op te stellen en uit te voeren.*

*> zie mini-toolkit Ketenzorg Dementie, voorbeeld Almere*

## 4. SAMENWERKING EN SUCCESVOORWAARDEN

Samenwerking tussen twee zo verschillende partijen wordt vaak als lastig ervaren. Een artikel van Bremekamp, Kaats & Opheij (2009)<sup>6</sup> biedt een zogeheten 'kijkglas' voor samenwerkingsrelaties. Met de gehanteerde begrippen in dit artikel is het beter mogelijk om de complexiteit van samenwerkingsrelaties te ontrafelen en succesfactoren voor productieve samenwerking te verzamelen.

### DE KERN VAN SAMENWERKINGSVRAAGSTUKKEN

Volgens Bremekamp, Kaats en Opheij gaat het bij samenwerking om het creëren van een nieuwe werkelijkheid: het aanbrenge van reële verandering in een voortdurend veranderende wereld. Dat doen partijen altijd vanuit hun eigen ambities en belangen, en gegeven een context waarin sommige factoren wel en andere weer niet te beïnvloeden zijn. De kern van de moeilijkheid van dit proces ligt volgens de auteurs in het feit dat partijen in staat moeten zijn een deel van hun autonomie of resultaatsverwachting op te geven in het vertrouwen dat men daar meer voor terug krijgt. Daarbij is sprake van een onduidelijk machtscentrum: geen van beide partijen beslist over wat de ander doet of laat en dat betekent dat beiden ook afhankelijk zijn van de welwillendheid van hun samenwerkingspartner en niemand echt 'aan de touwtjes trekt'.

In bijlage C is het schema opgenomen dat de auteurs hebben ontwikkeld en dat laat zien hoe enerzijds contextgebonden elementen en anderzijds de belangen van de partijen in kwestie het gesprek over de gezamenlijke ambities kunnen beïnvloeden. Dat is toch al een lastig gesprek omdat in de praktijk al snel de opvattingen en gedachten over de verschillende 'puzzelstukjes', zoals zij dat noemen door elkaar lopen en zich dus niet gemakkelijk laten neerleggen.

<sup>6</sup> Bremekamp, R., Kaats, E. en Opheij, W. (2009). Een nieuw kijkglas voor een heldere blik op samenwerking. *Holland Management Review* 127: 2-9.

Figuur 2 visualiseert dat het echter vaak goed mogelijk is om tot overeenstemming te komen, mits op zoek wordt gegaan naar overlap in de onderliggende waarden en normen en belangen. Dat maakt een beter begrip van de standpunten mogelijk.

*Figuur 2: het belang van onderscheid tussen standpunten, belangen en waarden en normen.*



11

### SUCCEFACTOREN VOOR SAMENWERKINGSRELATIES

Op basis van hun onderzoek noemen de auteurs vier groepen van indicatoren voor succesvolle samenwerkingsrelaties – relaties waarin het lukt om gegeven de verschillende ambities en belangen van partijen wel tot productieve overeenstemming te komen. Deze indicatoren zijn daarmee te zien als succesvoorwaarden voor productieve samenwerking. Vertaald naar samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten zien deze succesvoorwaarden van Bremekamp, Kaats en Opheij er als volgt uit:

#### **Vertrouwen**

Een indicator in zichzelf; is er een reservoir van vertrouwen dat goed is gevuld? Essentieel voor samenwerking want gelet op de horizontale verhouding tussen beide partijen verrichten beiden een prestatie uit eigen vrije wil omdat ze dat belangrijk vinden, niet omdat het moet of omdat een opdracht is gegeven. In alle procestappen moet dan ook bewaakt worden dat de gemeente en verzekeraar betrouwbare partners zijn en dat samenwerking vanuit gelijkwaardigheid en partnerschap is aangegaan.

#### **Een goed spel**

Kenmerken van een goed spel zijn volgens de auteurs openheid en transparantie, duidelijkheid over de meerwaarde die samenwerking voor elk van de samenwerkingspartners kan opleveren, steun door de achterban en voldoende

ruimte en bereidheid om te (onder)handelen. In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de benodigde wederzijdse openheid over belangen (publiek en privaat), opvattingen en beelden om zo een goed gesprek mogelijk te maken. Het betreft ook het draagvlak binnen de eigen organisatie. Beide partijen zijn organisatorisch opgedeeld in sectoren: gemeenten in bijvoorbeeld wonen, beheer, welzijn, zorg/Wmo en sociale zaken. Zorgverzekeraars in zorginhoudelijke thema's. Bij thema's als gezondheidsbevordering en de ontwikkeling van woonservicegebieden is een brede en integrale benadering noodzakelijk en is een inzet van meerdere sectoren vereist. Betrokkenheid en ruggensteun zijn essentieel; net zozeer als dat de afspraken hun weg vinden naar de werkvloer. Elementen van een goed spel is ook de voortdurende zorg om de energie vast te houden en de bestuurlijke betrokkenheid te waarborgen. In de praktijk zijn veel voorbeelden te vinden, variërend van het jaarlijks organiseren van een gezamenlijke reis tot de procesafpraak om voortdurend nieuwe beleidsontwikkelingen te wegen op de effecten op de onderlinge samenwerking.

#### ***Een goed instrumentarium***

Voorbeelden zijn de beschikking over procedures (spelregels), structuur van overleggen (verantwoordelijkheden; coördinatiemechanismen) en wijze van presentatie (congruentie in externe uitingen). Deze indicator wordt vooral relevant als beide partijen zich hebben uitgesproken voor de ontwikkeling van een gemeenschappelijke agenda. Het volgende hoofdstuk laat zien dat hier meerdere varianten voor zijn; waar de één zweert bij reguliere overlegstructuren en convenanten om de afspraken te verankeren of zelfs een gemeenschappelijke site als uitdrukking van een gezamenlijke agenda. Anderen kiezen ervoor elkaar alleen te treffen wanneer dat gelet op ontwikkelingen in de omgeving nodig wordt geacht. Boodschap is bovenal dat partijen voortdurend alert moeten zijn op de kwaliteit en wederzijdse satisfactie met het afgesproken instrumentarium. Verder helpt het om succesverhalen uit te dragen, ook richting externen zoals de Rijksoverheid of andere regio's. Trots motiveert.

#### ***Goede Spelers***

Een vaak veronachtzaamd element maar het zijn toch de mensen die het moeten doen. Flexibiliteit, oprechte interesse, kennis&kunde, persoonlijk gezag en bijvoorbeeld regie en leiderschap zijn hier van belang. In veel praktijkvoorbeelden komt naar voren dat partijen de – eigen - persoonlijke contacten en de goede band van de trekkers dé bepalende succesfactor vinden waarom resultaten worden geboekt. Investeren in de relaties en de persoonlijke klik doen ertoe. Er is ook een bestuurlijke component: uit menig voorbeeld valt te vernemen hoe belangrijke de stuwende en sturende rol van een wethouder is geweest om een gezamenlijke praktijk gerealiseerd te krijgen. Zonder een actieve, betrokken bestuurder lukt het niet.

**De relevantie voor samen werken aan zorg en ondersteuning**

Het volgende hoofdstuk laat zien hoe deze inzichten bruikbaar gemaakt kunnen worden voor de eigen praktijk.

## 5. AFWEGINGEN BIJ HET INRICHTEN VAN DE SAMENWERKING

Gegeven de grote verschillen in de praktijk is er geen eenvoudige receptuur om samenwerking van de grond te krijgen. Er zijn naast de bovengenoemde succesvoorwaarden natuurlijk legio tips en voorbeelden te ontleen aan de ervaringen van partijen die elkaar reeds hebben gevonden. Maar de bruikbaarheid hiervan hangt sterk af van de context en opgave waar partijen op lokaal niveau mee te maken krijgen; uiteindelijk gaat het erom kennis in te bedden in de eigen omgeving. Dit hoofdstuk maakt dan ook vooral de afwegingen en dilemma's zichtbaar waar partijen in de praktijk tegenaan gelopen zijn en waar alle partijen die samenwerking overwegen vroeg of laat mee te maken krijgen. De afwegingen en dilemma's nodigen uit om zelf positie te kiezen en te bepalen of de vraag in kwestie ertoe doet en welke instrumenten en tips bruikbaar zijn. Vanuit deze positiekeuze is het mogelijk om stappen te zetten en verder te komen, de processen van samenwerking voortdurend te onderhouden en van nieuwe energie te voorzien. Deze afwegingen en dilemma's zijn zo goed mogelijk geordend aan de hand van fasen of stappen in de beleidscyclus.

### 1) VERLEIDEN TOT PARTNERSCHAP

#### *Weten met wie u van doen heeft*

De ene gemeente is de andere niet, net zo min als zorgverzekeraars gelijk zijn. Het is dan ook raadzaam een beeld te ontwikkelen van de visie en opvattingen van de gesprekspartner. Dit is veelal te vinden op de website en in beleidstukken. Ook collega's of andere contacten die eerder met de beoogde partner hebben gewerkt kunnen informatie verschaffen. Zoek binnen deze verzamelde informatie vervolgens naar aanknopingspunten om de eigen rol te bepalen. Selecteer die onderwerpen waar een eigen actieve rol van betekenis kan zijn en bezie hoe kan worden bijgedragen aan de ambities van de gesprekspartner. Vanzelfsprekend wordt het gezamenlijke gesprek ook vergemakkelijkt wanneer gemeenten enig begrip hebben opgebouwd over hoe de AWBZ 'werkt' en dat het niet 'de zak geld' is waaruit vrijelijk kan worden geput. Vergelijkbare kennis is nodig van de kant van de zorgverzekeraars: het komt het gesprek ten goede wanneer inzicht is in hoe de gemeente in kwestie aan de slag is gegaan met de Wmo en dat binnen de Wmo niet de verzekerde aanspraken centraal staan, maar juist een denken besloten ligt dat mensen probeert aan te spreken op wat men nog wel kan doen. In bijlage A zijn voor de goede orde nog eens de kenmerken van de verschillende stelsels bondig op een rij gezet.

**Wel of geen ruimte aan private belangen**

Specifiek aandachtspunt is de omgang met de verschillen in oriëntaties van gemeenten die het belang van alle burgers behartigen en de zorgverzekeraars die naast de inkooprol voor de AWBZ en Zvw ook een meer private oriëntatie hebben. Extra overwegingen voor zorgverzekeraars om samenwerking aan te gaan zijn vergroting van de eigen naamsbekendheid, klantenbinding en het verwerven van entrees voor het verkrijgen van collectieve contracten. Sommige gemeenten hebben geen enkele moeite met deze overwegingen en gunnen de zorgverzekeraar ook de ruimte deze overwegingen te etaleren en bijvoorbeeld de publiciteit bij de presentatie van initiatieven. Anderen willen het publieke belang niet vermengd zien met private belangen en vinden het lastig wanneer de zorgverzekeraar andersoortige motieven inbrengt. Ieder kiest zijn eigen uitweg uit dit dilemma maar het is essentieel om dit punt aan de orde te hebben en gezamenlijk te kijken wat wel past en wat niet.

**2) MANDATERING TUSSEN VERZEKERAARS OF GEMEENTEN ONDERLING*****Aansluiten of zelf ontwikkelen?***

Na de verwachte opheffing van de zorgkantoren in 2012 moeten 10 zorgverzekeraars zaken doen met 418 gemeenten; vertegenwoordiging en onderlinge mandatering is dan ook nodig. In veel regio's zijn dan ook al afstemmingvormen ontstaan, zoals:

- het aanwijzen van een centrumgemeente die de zaken van andere gemeenten behartigt (zie voorbeeld Zwolle in mini-toolkit preventie in de GGz)
- het aanwijzen van een orgaan dat de zaken van meerdere gemeenten behartigt, zoals een GGD in de GGD -regio's (zie voorbeeld Enschede in mini-toolkit Gezondheidsbevordering);;
- het 'zwaan-kleef-aan-principe', waarbij zorgverzekeraars eerst afspraken maken met een klein aantal gemeenten waarop andere geïnteresseerde gemeenten aansluiten en werkende weg afspraken worden gemaakt (zie voorbeeld Boxtel in mini-toolkit Ketenzorg Dementie)

Het kan voor gemeenten die overleg zoeken met de dominante verzekeraar in de eigen regio dan ook geen kwaad om zich tevoren te vergewissen welke verbanden en overlegstructuren in de praktijk tot ontwikkeling zijn gekomen en wat de mogelijkheden zijn om daarbij aan te sluiten. En een zorgverzekeraar kan gemeenten die ze graag wil betrekken bij de samenwerking proberen te verleiden om aan te sluiten bij hetgeen reeds gegroeid is door bijvoorbeeld te wijzen op reeds met andere gemeenten geboekte successen. Aan de zijde van zorgverzekeraars zijn voor uitvoering van de AWBZ nog geen coördinatiemodellen ontwikkeld, omdat momenteel de zorgkantoren in deze functie voorzien. Verwachting is dat na de opheffing van de zorgkantoren de grootste verzekeraar per regio door andere verzekeraars gemandateerd kan worden om afspraken te maken.

### 3) ANALYSE EN AMBITIE-ONTWIKKELING

#### *De praktijk als vliegwiel*

De ontwikkeling van de Stedelijke Kompassen op het terrein van de maatschappelijke opvang is een belangrijke aanleiding voor samenwerking geweest. In dat geval is de samenwerking gedreven door een externe impuls in de vorm van een regeling of subsidie. Van een dergelijke impuls gaat een zekere verplichtende werking uit. Dat staat mogelijk in contrast met samenwerking die voortkomt uit de gedeelde behoefte om de problemen van mensen op zorg – en ondersteuningsgebied te helpen oplossen. Samenwerking die zich beperkt tot het uitvoeren van een regeling loopt de kans om vroeg of laat stuk te lopen omdat nauwelijks afhankelijkheden zijn opgebouwd en daarmee geen nieuwe ‘werkelijkheid’ tot ontwikkeling is gekomen.

#### *Agendering*

De aanleiding tot samenwerking kan variëren van signalen uit de gemeenteraad of van de kant van cliëntenorganisaties en zorgaanbieders, al dan niet ondersteund door cijfers uit de gezondheidsmonitor van de gemeente of cijfers over de zorgconsumptie van de zorgverzekeraar. Bij samenwerking is het zaak te komen tot een gedeelde analyse als basis voor actie. Dat kost tijd, alleen al omdat de verzameling van informatie en signalen vanuit verschillende perspectieven heeft plaatsgevonden en partijen vanuit de eigen achtergrond tot weging en duiding komen. Daarin zit overigens juist een belangrijke meerwaarde van samenwerking; de verschillende invalshoeken verrijken uiteindelijk ook het eigen beeld van de situatie. Om beelden bij elkaar aan te laten sluiten kan het helpen om cases te bespreken. Het zorgvuldig wegen en duiden van de beschikbare informatie draagt ertoe bij dat de ambities steeds scherper kunnen worden geformuleerd; en dat geeft weer verder richting aan de informatieverzameling. Informatie en visies roepen vanzelf nieuwe vragen op en informatieverzameling is dan ook een permanent proces. Vergeet ook niet om de beschikbare informatie voortdurend te relateren aan hetgeen reeds aan activiteiten wordt ontplooid.

#### *Een brede of smalle agenda?*

Het is goed om stil te staan bij de breedte van de samenwerking. Bij de start helpt het om een concreet thema beet te pakken (zie bijvoorbeeld de voorbeelden in deze handreiking). De concreetheid van een thema genereert urgentie en ook energie. Het kan verstandig zijn om de samenwerking tot een à twee onderwerpen te beperken om de organisaties niet bovenmatig te belasten. Het samen beetpakken van een vraagstuk kost nu eenmaal tijd, die zeker wanneer de samenwerking nog weinig is verankerd als extra wordt ervaren, bovenop de uitvoering van de eigen taken. Dat heeft weer als nadeel dat partijen zich de inspiratie van succesvolle ervaringen ontfangen om ook op andere terreinen de samenwerking te zoeken. Verbreding van samenwerking maakt ook uitruil mogelijk en vergemakkelijkt daarmee de compromisvorming.



#### 4) DE ROL VAN BURGERS OF CLIËNTEN

##### *Aansluiten bij de behoefte van de burger of cliënt*

Het is relevant stil te staan bij de rol van burgers en cliënten bij het vormgeven van de samenwerking. Wat beschouwen zij als de grootste knelpunten of hiaten in de bestaande voorzieningen, wat zijn hun vragen en wensen, welke initiatieven zouden zij graag zien, welke kwaliteitscriteria stellen zij aan het aanbod van zorg en welzijn? Door hen vroegtijdig in het proces te betrekken en ook betrokken te houden is het mogelijk hen ook drager te maken van initiatieven. In Peel en Maas (zie case Peel en Maas in mini-toolkit woonservicegebieden) zijn bewoners de drijvende kracht achter het project voor dagopvang en wordt voortdurend geprobeerd serieus in te spelen op hun behoeften; dat heeft ertoe geleid dat veel bewoners ook als vrijwilliger optreden. Ook blijkt dat waar veel moeite wordt gestoken in vraagverheldering een veel scherper beeld ontstaat van wat er nu écht in een wijk of gebied nodig is. Anderen kiezen er nadrukkelijk niet voor burgers in de samenwerking partij te laten zijn, omdat die bijvoorbeeld al intensief betrokken zijn bij de ontwikkeling van het eigen beleid van gemeente of zorgverzekeraar.

##### *Keuzevrijheid van cliënten*

Een belangrijke ontwikkeling binnen de zorg is het bevorderen van keuzevrijheid van mensen die zorg nodig hebben. De zorgverzekeraars willen voldoende zorgaanbod inkopen waardoor cliënten beter in staat zijn hun voorkeuren kenbaar te maken. Gemeenten gaan mee in deze ontwikkeling, maar wijzen er wel op dat sommige doelgroepen (Maatschappelijke Opvang) niet altijd hun voorkeuren kenbaar kunnen maken en dat de beoogde keuzevrijheid ook lastig valt te rijmen met een denken over het tot stand brengen van ketens van samenhangende voorzieningen op het niveau van de wijk of het dorp. Het is dan ook belangrijk om te doordenken hoe het denken in termen van benodigde voorzieningen zich verhoudt tot keuzevrijheid voor cliënten. Het gaat dan om de vraag hoe valt te regelen valt dat mensen in bijvoorbeeld een woonservicegebied de mogelijkheid hebben om te kiezen uit meerdere aanbieders.

16

#### 5) DE RELATIE MET AANBIEDERS

##### *Opdrachtnemers of partners?*

In sommige samenwerkingsverbanden zijn aanbieders nadrukkelijk neergezet als trekkers van de samenwerkingsprojecten, wordt hen veel ruimte gelaten en zijn ze ook betrokken bij de beleidsontwikkeling. "Uiteindelijk moeten zij het doen, zijn zij het meest deskundig op de inhoud en zijn ze het meest op de hoogte van de reële problematiek", is daar de redenering. De aanbieders zijn uiteindelijk de ambassadeurs van de aanpak die gemeente en zorgverzekeraar ontwikkelen. De aanbieders kunnen er ook voor zorgen dat andere gemeenten bij de samenwerking worden betrokken. Andere gemeenten en zorgkantoren houden het beleid nadrukkelijk in eigen hand: "Als financier en verantwoordelijke

instanties voor het beleid moeten wij sturing geven. Dat betekent soms ook doorzetten tegen de wil van aanbieders in.” Bij gezamenlijke inspanningen moet u positie kiezen binnen dit dilemma en dat gebeurt vanzelfsprekend van vanuit de verschillende benaderingen die bij partijen vanuit hun wettelijke kaders zijn gegroeid. Doorgaans zijn gemeenten eerder geneigd in termen van een opdrachtgeversrol te spreken, waar zorgverzekeraars wat minder gemakkelijk met deze term uit de voeten kunnen. Zorgverzekeraars zien zich als regisseur eerder als de partij die randvoorwaarden inbrengt bij de zorginkoop dan dat men zich als opdrachtgever ziet. Deze benadering komt voort uit het feit dat de zorgverzekeraars moeten waarborgen dat cliënten hun recht of aanspraak op zorg gerealiseerd kunnen zien.

#### ***Gezamenlijke sturing, inkoop en monitoring?***

Voor de sturingsrelatie is een vergelijkbare afweging van belang: houdt u vast aan uw eigen sturingsfilosofie of gaat u voor gemeenschappelijkheid? Er zijn praktijkvoorbeelden waarbij de inkoopprocessen op elkaar worden afgestemd, gesprekken met aanbieders gezamenlijk gevoerd en financieringsaanvragen gezamenlijk worden beoordeeld om uniformiteit te waarborgen (zie case Almere in mini-toolkit Ketenzorg Dementie). Die benadering heeft als voordeel dat initiatieven van aanbieders in samenhang worden beoordeeld en zij ook weten waar ze aan toe zijn. Maar er zijn ook voorbeelden waarbij de eigen sturingsrelaties met aanbieders overeind zijn gehouden. Er bestaan ook grote verschillen in de taal waarmee erover gesproken wordt, de tijdpaden die doorlopen worden en de rol van prestatie-indicatoren, bekostiging en concurrentie. De AWBZ kent stevig in de wet verankerde bekostigseenheden waarbinnen zorgverzekeraars met de inkoopkaders hun ruimte proberen te zoeken, terwijl tussen gemeenten binnen de kaders van de Europese concurrentieregelgeving grote onderlinge verschillen van mening bestaan over de wenselijkheid van zaken als concurrentie en sturing op basis van cijfers of prestatie-indicatoren. Een heldere gezamenlijke lijn kiezen is niet gemakkelijk, ook vanwege de administratieve lasten die dat met zich meebrengt – zo moeten inkoopprocessen parallel gaan lopen en moet de verantwoording anders worden ingericht.

#### **6) ACTIE ONDERNEMEN, IMPLEMENTEREN EN FINANCIEREN**

##### ***De taken verdelen of per geval bezien?***

Bij het gestalte geven van de samenwerkingsagenda handelt iedere partij uiteindelijk natuurlijk vanuit de eigen verantwoordelijkheid, waarvoor de wettelijke kaders als houvast dienen. Dat is een basis voor taakverdeling en afspraken over waar de regie ligt. Op het terrein van de maatschappelijke opvang ligt het voor de hand dat de gemeente optreedt als trekker, bij ketenzorg dementie ligt het voor de hand dat de zorgverzekeraar het voortouw neemt met de kanttekening dat in de praktijk veelal een zorgaanbieder deze rol vervult. Het verdelen van

verantwoordelijkheden is een belangrijk instrument voor samenwerking omdat het afspraken concreetiseert en een wederzijdse onderlinge aanspreektitel verschaft. Maar andere samenwerkingsverbanden hanteren de filosofie dat een dynamische samenwerking juist betekent dat ieder weliswaar zijn eigen taak heeft maar partijen bovenal voor elkaar inspringen waar nodig, al ware het de flank van een voetbalelftal waar de rechtsbuiten soms de positie van de rechtsback overneemt als die laatste zich naar voren begeeft om een voorzet af te leveren. Dat betekent dat bijvoorbeeld met de inzet van financiële middelen of het sturingsinstrumentarium wat flexibeler wordt omgegaan.

#### ***Pilots of structurele verankering?***

Bij innovaties is de neiging groot om met 'pilots' het nieuw te ontwikkelen speelveld te verkennen. Aan het uitvoeren van pilots is een aantal voordelen verbonden. Een pilot staat meestal los van het staande beleid, genereert attentiewaarde, is een veilige manier om nieuwe activiteiten uit te proberen zonder dat de kernactiviteiten schade kunnen oplopen en is ook een goede manier om de samenwerking in te oefenen. Uit de literatuur valt af te leiden dat pilots tot nadeel hebben dat de doorwerking meestal zeer gering is en het uitermate lastig is om de resultaten te verduurzamen. Het is de vraag of met pilots de beoogde vernieuwingen tot stand kunnen komen. Het is vaak eerder raadzaam aan te sluiten bij wat al gaande is. In de praktijk werken instellingen al veel meer samen dan vaak wordt verondersteld; het verdient aanbeveling om goed zicht te krijgen op de interacties van instellingen en vrijwilligersverbanden en met welke vragen en problemen men zich bezig houdt om goed scherp te krijgen wat in de praktijk aan problemen en vraagstukken naar boven komt en voor aanpak daarop het beste kan aansluiten.

#### ***Financiering***

Het is bij samenwerking niet mogelijk om niet over financiering te praten. En dat is lastig, omdat de mogelijkheden voor elk van de partijen niet gelijk zijn. Gemeenten beschikken over meer mogelijkheden dan de zorgverzekeraars om binnen de eigen begroting keuzes te maken. In de voorbeelden waar duurzame samenwerking is gerealiseerd geven de betreffende zorgverzekeraars aan dat inzet van capaciteit en middelen vanuit de Zvw – worden gedekt; overigens ook omdat juist op dat domein besparingen zijn beoogd. Binnen de AWBZ moet een 'betaaltitel' beschikbaar zijn wil een zorgverzekeraar betrokken kunnen zijn bij een initiatief. Een dergelijke titel is in elk geval gebonden aan een indicatie. Mede om deze reden zijn gesprekken om een beperkt budget te hangen aan de onderlinge samenwerking om initiatieven te kunnen bekostigen veelal zonder resultaat gebleven. Er kleven ook overigens nadelen aan een dergelijk 'potje': dergelijk budget lokt alleen maar 'gedrag uit om de eigen praktijk toe te schrijven naar de overeengekomen criteria, waarmee de duur van de beoogde vernieuwing beperkt is tot de looptijd van het budget.

## 7) DE RELATIE VERANKEREN EN ONDERHOUDEN

### *Wel of geen convenant?*

In enkele regio's in het land zweren de partijen bij een gezamenlijk opgesteld visiedocument of convenant om de samenwerking te verankeren. In zo'n visie of convenant hebben de financiers en soms ook zorgaanbieders, welzijnsinstellingen, corporaties en vrijwilligers en bewoners zich uitgesproken hoe wonen, zorg en welzijn in elkaar grijpen en in samenhang moeten worden georganiseerd. Een formele ondertekening biedt een mogelijkheid om partijen aan de samenwerking te binden en biedt ook een moment waarop bestuurders de overeengekomen inzet van (politieke) legitimatie kunnen voorzien. Soms wordt de ondertekening van het convenanten aangegrepen om ook de buitenwacht te attenderen op de te ontplooiën initiatieven en de samenwerking op feestelijke wijze van energie te voorzien. Maar anderen kiezen niet voor een convenant, omdat angst is dat de afspraken in een convenant te sterk in beton worden gegoten terwijl juist dynamiek gewenst is. Een andere reden kan zijn dat er een dusdanig samenwerkingsklimaat heerst dat het vastleggen van afspraken onnodig wordt geacht; "al werkende weg komen we er wel uit" is dan het motto.

### *De energie erin houden*

Het aangaan en goed onderhouden van een relatie, of in managementtermen van een 'account' is nog niet zo gemakkelijk, zeker wanneer meerdere diensten, afdelingen, bestuurders en wethouders betrokken zijn. Maar het is wel cruciaal want zonder voortdurende aandacht voor de relatie zakt ieder samenwerkingsproces in. Het onderhouden van relaties doet iedereen op zijn eigen manier en de persoonlijke factor speelt vanzelfsprekend een grote rol. De neiging is ook vaak groot om zeker bij de start van een proces van samenwerking veel aandacht te geven aan inrichting van de overleggen en werkprocessen. Maar uiteindelijk zijn die slechts een middel en geen doel.

19

## 6. AAN DE SLAG MET VIER UITGEWERKTE THEMA'S.

Om met de bovenstaande aanwijzingen concreet aan de slag te kunnen is een viertal concrete mini-toolkits geschreven over de thema's ketenzorg dementie, decentralisatie van begeleiding, woonservicegebieden en gezondheidsbevordering. Dat is uitgewerkt in afzonderlijke bijlagen.

## BIJLAGE A

### HET WETTELIJK KADER VAN ZORG EN ONDERSTEUNING

Het wettelijk kader voor zorg en maatschappelijke ondersteuning is vastgelegd in vier wetten.

#### GEMEENTEN

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). De Wmo is op 1 januari 2007 ingegaan en omvat activiteiten die mensen helpen om mee te doen in de samenleving. Dat is verder uitgewerkt in een negental prestatievelden of kaders waarbinnen elke gemeente eigen beleid kan maken. Deze individuele beleidsvrijheid van gemeenten is een belangrijk principe binnen de Wmo. Wel ligt grotendeels in jurisprudentie vast of en in hoeverre gemeenten gehouden zijn individuele voorzieningen te verstrekken.

20

Mede vanuit die jurisprudentie geldt een compensatieplicht op vier domeinen: het voeren van het huishouden, het zich verplaatsen in en om de woning, en lokaal per vervoermiddel en voor het opdoen van en onderhouden van sociale contacten. Deze plicht geldt ten aanzien van personen met een beperking, een chronisch psychisch of een psychosociaal probleem. Op welke wijze gecompenseerd wordt staat gemeenten wel vrij. Zij zijn verantwoordelijk voor een bepaald resultaat, dat ook door de inzet van betrokkene zelf, zijn sociale netwerk, welzijnsarrangementen etc bereikt kan worden. Om te achterhalen welk resultaat bereikt moet worden vindt vaak een uitgebreide intake, bijvoorbeeld in de vorm van een keukentafelgesprek, plaats. Pas na het bepalen van het resultaat wordt naar oplossingen of arrangementen gezocht, waarbij het achterliggende doel het bevorderen van participatie of zelfredzaamheid is. Dat hoeft dus niet perse door individuele voorzieningen op indicatie te gebeuren; een bepaalde beperking geeft daarom niet automatisch recht op een bepaalde voorziening.

De Wet Publieke Gezondheid (WPG) is per 1 december 2008 in werking getreden en gaat over taken en verantwoordelijkheden van gemeenten ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid. De publieke gezondheidszorg met onder meer de collectieve preventie als taak richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en van risicogroepen daarbinnen. Deze zorg vult daarmee de reguliere individuerichte zorg (cure en care) aan. De gemeente moet deze taak afstemmen met de curatieve gezondheidszorg en moet rekening houden met beleidskaders van het rijk.

## ZORGVERZEKERAARS

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de ZvW en de AWBZ.

21

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een volksverzekering die kosten voor langdurige zorg en ondersteuning dekt die niet onder de zorgverzekering vallen. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht verzekerd in de AWBZ. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. Dat gebeurt nu nog door zorgkantoren. In 32 regio's in ons land voeren de zorgkantoren de beleidsagenda uit die VWS in overleg met ZN, CvZ en NZa heeft vastgesteld. Per regio wordt daarvoor een budget beschikbaar gesteld dat uitsluitend aan geïndiceerde zorg mag worden besteed. Opdracht is de beste resultaten te bereiken voor AWBZ verzekerden tegen een redelijke prijs. Met het inkoopplan laten Zorgkantoren zien hoe het aanbod van in de regio actieve zorgaanbieders in overeenstemming wordt gebracht met de vraag van cliënten. Het is het streven van het kabinet om de zorgkantoren per 2013 op te heffen en de taken uit te laten voeren door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is op 1 januari 2006 ingevoerd. Met de komst van de Zvw is marktwerking geïntroduceerd in de curatieve (op genezing gerichte) zorg. De marktwerking is tweeledig. Ten eerste is bepaald dat burgers jaarlijks van verzekeraar mogen wisselen als ze dat willen. Burgers zijn verplicht een basisverzekering af te sluiten. Verzekeraars hebben daartegenover een acceptatieplicht. De insteek van de Zvw is dat met de marktwerking gerealiseerd kan worden dat er kwalitatief goede zorg geleverd wordt voor een goede prijs. Van verzekeraars wordt dan ook verlangd dat zij hier op sturen/ inkopen. Welke zorg onder de basisverzekering valt, dus het wat, wordt politiek bepaald. Het is aan verzekeraars om daarna door middel van de polis en zorginkoop het hoe en waar verder in te vullen. Niet alle zorg valt echter onder de basisverzekering. Delen van fysiotherapie en bv. mondzorg vallen daarbuiten. Verzekeraars bieden daarvoor aanvullende verzekeringen aan. Hierbij zijn burgers niet verplicht zich te verzekeren en verzekeraars niet verplicht te accepteren.

## BIJLAGE B ZORGKANTOORREGIO'S EN HUN CONTRACTEERRUIMTE

Figuur 3 bevat de indeling van zorgkantoorregio's. Tabel 4 bevat per zorgkantoorregio de concessiehouders.

*Figuur 3; Indeling van zorgkantoorregio's*



Tabel 4. Concessiehouders en contracteerruimte per 2011 per zorgkantorregio.

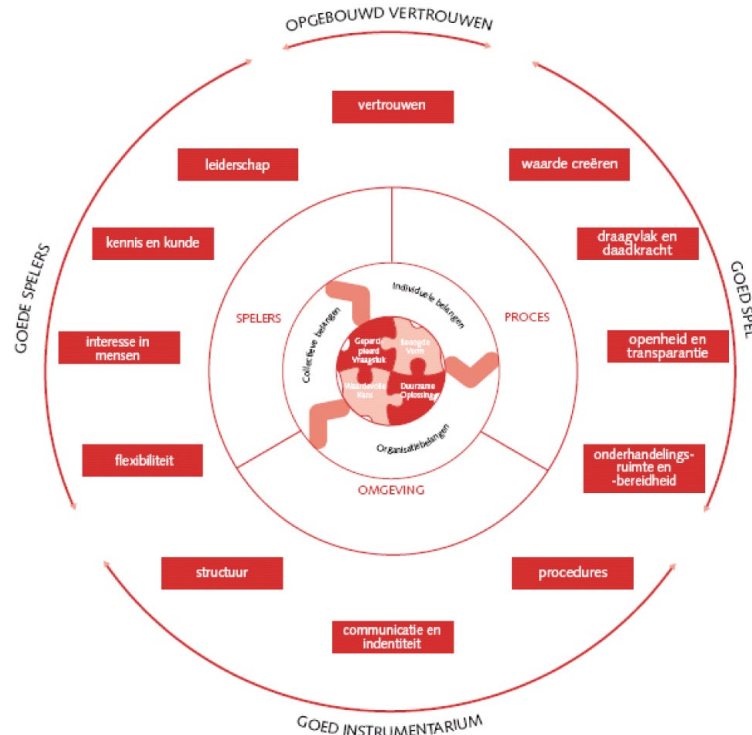
Bron: NZa.

Regio	Concessiehouder
Groningen	Menzis
Friesland	De Friesland
Drenthe	Achmea
Zwolle	Achmea
Twente	Menzis
Stedendriehoek	Agis
Midden-IJssel	Salland
Arnhem	Menzis
Nijmegen	UVIT (VGZ)
Utrecht	Agis
Flevoland	Achmea
't Gooi	Agis
Noord-Holland-Noord	UVIT (Univé)
Kennemerland	Achmea
Zaanstreek/Waterland	Achmea
Amsterdam	Agis
Amstelland/Meerlanden	Zorg en Zekerheid
Zuid-Holland-Noord	Zorg en Zekerheid
Haaglanden	CZ
Delft/Westland/Oostland	DSW
Midden-Holland	UVIT (Trias)
Rotterdam	Achmea
Nieuwe Waterweg Noord	DSW
Zuid-Hollandse Eilanden	CZ
Waardenland	UVIT (Trias)
Zeeland	CZ
West-Brabant	CZ
Midden-Brabant	UVIT (VGZ)
Noordoost Brabant	UVIT (VGZ)
Zuid Oost-Brabant	CZ
Noord-Limburg	UVIT (VGZ)
Zuid-Limburg	CZ



## BIJLAGE C

### SCHEMATISCHE WEERGAVE 'KIJKGLAS VOOR EEN HELDERE BLIK OP SAMENWERKEN'



24

Figuur 5, Schematische weergave 'kijkglas voor een heldere blik op samenwerking'. Ontleend aan Bremekamp, R., Kaats, E. en Opheij, W. (2009). Een nieuw kijkglas voor een heldere blik op samenwerking. *Holland Management Review* 127: 2-9.

De betekenis van de diverse schillen:

- De kern: Ambitie. Centraal staat een opvatting over vier 'puzzelstukken': het gepercipeerde vraagstuk, de duurzame oplossing, waardevolle kansen en de beoogde samenwerkingsvorm.
- De eerste schil: De belangen die de achtergrond vormen voor het gesprek over de kern. De auteurs beschrijven een drietal categorieën: organisatiebelangen, individuele belangen (niet te onderschatten: denk aan idealen, reputatie, carrière) en collectieve belangen (vaak op de achtergrond aanwezig). Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen standpunten hierover en de onderliggende waarden waar de standpunten uit voortkomen.
- De tweede schil: De context die op haar beurt de belangen en waarden van de spelers beïnvloedt, en waarbinnen het gesprek plaatsvindt. Het kijkglas bevat begrippen om die context in kaart te brengen. Het gaat bijvoorbeeld om de

omgeving (regelgeving, media, maatschappelijke ontwikkeling, financiële druk, politieke druk, geschiedenis), spelers (achterban, normen en waarden, reputatie, macht, belangen, stijl, competenties) en het proces (fasering, aard van het spel, procesregie, stadium, tijdsdruk)

- De derde schil: De indicatoren die bepalen of partijen binnen de context kunnen komen tot een gedeelde opvatting in de kern en daarmee tot productieve samenwerking.

## COLOFON

*Maart 2011, Den Haag*

Deze Leidraad is in opdracht van VNG en ZN opgesteld door Zunderdorp Beleidsadvies & Management te Den Haag ([www.zunderdorp.nl](http://www.zunderdorp.nl)). Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Jur de Haan via [jdehaan@zunderdorp.nl](mailto:jdehaan@zunderdorp.nl) of met Zorgverzekeraars Nederland (Contactpersoon: Mirjam Maasdam, [m.maasdam@zn.nl](mailto:m.maasdam@zn.nl)) of de Vereniging Nederlandse Gemeenten (Linda Hazenkamp, [linda.hazenkamp@vng.nl](mailto:linda.hazenkamp@vng.nl)). Ontwerp: [studiosnh.nl](http://studiosnh.nl), Utrecht.