

# Pionieren in niemandland

Sturen op domeinoverstijgende zorg en  
ondersteuning

EINDRAPPORT

Pieter Hilhorst en Mary van den Wijngaart  
28 mei 2025

**E:M+MA.**



# Inhoudsopgave

<b>1. Pionieren in niemandsland</b>	<b>2</b>
<b>2. In het niemandsland</b>	<b>5</b>
<b>3. Werkbare elementen</b>	<b>9</b>
<b>4. Van wind tegen naar wind mee</b>	<b>14</b>
<b>5. Inrichting regionale tafel</b>	<b>18</b>
<b>6. Rol landelijke partijen</b>	<b>25</b>
<b>7. Slotbeschouwing</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage - bronnen</b>	<b>35</b>

# 1. Pionieren in niemandsland

**De vraag naar domeinoverstijgende zorg en ondersteuning neemt toe. Toch komt een structurele samenwerking tussen het sociaal en medisch domein veelal moeizaam tot stand. Mede doordat sturing in termen van regie op domeinoverstijgende samenwerking ontbreekt.**

De behoefte om te komen tot een betere samenwerking tussen het sociaal en medisch domein wordt breed onderschreven. In de zorgakkoorden (IZA, WOZO, GALA) en daarbij horende (transformatie)plannen vinden we dit expliciet terug als doelstelling. Ook in de toekomstvisie voor de eerstelijnszorg neemt de samenwerking tussen beide domeinen een prominente plaats in. Het bevorderen van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein is van groot belang. Juist omdat de doelgroep van mensen die domeinoverstijgende zorg en ondersteuning nodig hebben zal stijgen door de vergrijzing, de toename van mensen met psychosociale problematiek en van leefstijlgebonden aandoeningen. Deze mensen kunnen dan beter geholpen worden, op de juiste plek met passende ondersteuning voor hun hulpbehoeften.

Toch doen zich ten aanzien van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning de nodige belemmeringen voor. In een eerdere verkenning naar de knelpunten en oplossingsrichtingen ten aanzien van domeinoverstijgende samenwerking hebben we geconstateerd dat dit vooral komt omdat het vooralsnog ontbreekt aan een effectieve sturing op de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Het is zaak dat partijen duurzaam, samen, op basis van gelijkwaardigheid komen tot structurele en bindende afspraken over domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. In de huidige praktijk is hier echter nog onvoldoende sprake van omdat de regie hierop niet is belegd en gedefinieerd. De behoefte aan handvatten voor het faciliteren en inrichten van domeinoverstijgende sturing is groot.

## Doelstelling

Het ministerie van VWS heeft dan ook het initiatief genomen om na te gaan hoe die sturing het beste kan worden ingericht. Doel was om meer zicht te krijgen op de aansluiting van het sociaal domein op regionale samenwerkingsverbanden en (bestuurlijke) overlegtafels en op de randvoorwaarden voor een passende governance ten aanzien van domeinoverstijgende sturing. En om op basis van de opgedane inzichten aanbevelingen te formuleren voor het versterken van een duurzame en gelijkwaardige sturing op domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.

Deze opdracht kent een aantal uitgangspunten. Op de eerste plaats betreft het sociaal domein de hulp en ondersteuning aan volwassenen vanuit de Wmo. Onder het sociaal domein verstaan wij zowel de sociaalwerkorganisaties als de gemeenten. Maar wel met een focus op gemeenten als opdrachtgever en bestuurlijk verantwoordelijke voor het sociaal domein. Daarnaast richt de opdracht zich op het sturen op domeinoverstijgende samenwerking op regionaal niveau. Wij hebben ons hierbij gericht op de inrichting van de sturing ongeacht de schaalgrootte van de regio. Verder lag de focus van de opdracht op de aansluiting van het sociaal domein op regionale samenwerkingsverbanden en (bestuurlijke) overlegtafels in het algemeen. Niet specifiek op de

overlegtafels in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA). De opdracht vormt nadrukkelijk geen evaluatie van de IZA regio's.

## 1.1 Plan van aanpak

Samen met stakeholders uit het veld hebben we het thema van sturing op domeinoverstijgende samenwerking verder uitgediept.

### Interviews en documentanalyse

Allereerst hebben we de huidige praktijk rondom domeinoverstijgende sturing, en de ervaringen en geleerde lessen daarmee in beeld gebracht. Dit hebben we gedaan aan de hand van een documentanalyse en 16 semigestructureerd (duo)interviews. De interviews zijn gehouden in de periode november 2024 tot begin februari 2025. In de bijlage Bronnen staan de publicaties die we hebben geraadpleegd en de mensen die we hebben geïnterviewd.

### Professioneel beraad

Daarnaast hebben we een professioneel beraad georganiseerd waarbij we een vaste groep experts hebben uitgenodigd om vrijblijvend na te denken over een mogelijke inrichting van domeinoverstijgende sturing op regionaal niveau. Aan het beraad heeft een geselecteerd gezelschap van zo'n 17 experts deelgenomen (zie Bronnen). Niet iedereen kon alle sessies aanwezig zijn. Het gaat om experts die dicht bij de praktijk staan van domeinoverstijgende sturing en samenwerking én die tegelijkertijd over een helicopterview beschikken.

In drie (ontwikkel)sessies zijn we aan de slag gegaan en gekomen tot een nadere uitwerking van het vraagstuk rondom domeinoverstijgende sturing. In de eerste sessie (d.d. 31 januari 2025) hebben we het vraagstuk nader toegelicht, hebben we ideeën opgehaald en hebben we in twee groepen gewerkt aan een eerste schets over domeinoverstijgende sturing. Deze sessie stond met name in het teken van welke vorm van sturing gewenst dan wel passend is. In de tweede sessie (d.d. 13 februari 2025) zijn we wederom uiteengegaan in twee groepen en hebben we aan de hand van diverse sturingsvormen nagedacht over hoe de inrichting van domeinoverstijgende sturing kan worden vormgegeven. In de derde sessie (d.d. 10 maart 2025) zijn verschillende ideeën samengebracht en hebben we het gehad over sturingsmogelijkheden vanuit de regio en landelijk.

### Draagvlak en reflectie

Om te zorgen voor het nodige draagvlak zijn de bevindingen van het professioneel beraad tijdens een brede reflectiesessie (d.d. 24 maart 2025) voorgelegd aan vertegenwoordigers van BZK, ZonMw en verschillende directies binnen VWS zoals Directie Maatschappelijke Ondersteuning, Directie Curatieve Zorg, Directie Zorgverzekeringen en Directie Publieke Gezondheid. Daarnaast is er ook nog separaat gesproken met een vertegenwoordiging van de interne VWS-werkgroep Domeinoverstijgende Financiering (DOF).

Ook zijn de bevindingen van de verkenning afgestemd met ZN (d.d. 10 april 2025) en de VNG (d.d. 24 april 2025). Zij hebben de conceptrapportage van feedback voorzien. Verder is de conceptrapportage voorgelegd aan de deelnemers van het professioneel beraad met de vraag of zij zich konden vinden in de rapportage.

De feedback van de diverse partijen is zoveel als mogelijk verwerkt in de definitieve rapportage en opgenomen in de slotbeschouwing.

## Leeswijzer

In hoofdstuk 2 (In het niemandsland) en hoofdstuk 3 (Werkzame elementen) gaan we in op de wijze waarop er nu gestuurd wordt op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. We beschrijven de ervaringen met de huidige praktijk en gaan in op de succesfactoren en randvoorwaarden voor domeinoverstijgende sturing. Beide hoofdstukken zijn gebaseerd op de interviews en de documentanalyse.

Daarna behandelen we in de hoofdstukken 4 en 5 de bevindingen van het professioneel beraad. We gaan in op de gedachten en ideeën die aan de orde geweest in de drie sessies ten aanzien van het sturen op domeinoverstijgende samenwerking en over de inrichting van de regionale governance. In hoofdstuk 6 besteden we aandacht aan de rol van landelijke partijen. Tot slot, ronden we de rapportage af met een beschouwing waarin we de belangrijkste bevindingen beschrijven en komen we tot enkele aanbevelingen.

Graag willen we hier benadrukken dat de bevindingen gezien moeten worden als denkrichtingen ten aanzien van domeinoverstijgende sturing. De experts die we hebben geïnterviewd en van het professioneel beraad hebben op persoonlijke titel meegedaan en hebben vanuit hun expertise op een vrijblijvende wijze meegedacht over het vraagstuk. De bevindingen vormen geen formeel standpunt van de organisaties waar de experts werkzaam zijn. Ook vormen zij geen blauwdruk dan wel een uitgewerkt ontwerp voor domeinoverstijgende sturing. Zij vormen een vertrekpunt voor een verdere discussie rondom de inrichting van het sturen op domeinoverstijgende samenwerking op regionaal niveau.

## 2. In het niemandsland

**In dit hoofdstuk beschrijven we de huidige praktijk ten aanzien van domeinoverstijgende samenwerking en sturing. Hierbij gaan we ook in op de aansluiting van het sociaal domein – en dan met name gemeenten - op regionale samenwerkingsverbanden en (bestuurlijke) overlegtafels.**

### 2.1 Domeinoverstijgende samenwerking

Er zijn veel initiatieven van domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Voorbeelden zijn onder meer de praktijkondersteuners huisartsen, Sociaal verwijzen, het verkennend gesprek, ketenaanpak valpreventie, de Verbinders, Domeinoverstijgend indiceren, Samen Thuis en Krachtige Basiszorg. Maar er zijn nog vele andere voorbeelden te noemen. Deze initiatieven variëren in aard en intensiteit van de samenwerking. Bij de een gaat het vooral om de verbinding aan te gaan vanuit het medisch domein met het sociaal domein of om door te verwijzen naar het sociaal domein als er geen zorgvraag onder de hulpbehoefte van iemand ligt. Bij andere initiatieven werken professionals uit het sociaal en medisch domein met elkaar samen in een team of hebben professionals het mandaat om zich te begeven op het andere domein.

De ervaringen met diverse initiatieven van domeinoverstijgende samenwerking zijn in veel gevallen goed. Toch blijft het moeizaam om deze om te zetten naar een structurele uitvoeringspraktijk. Een deel van de initiatieven kent een soort van permanente tijdelijkheid. Zij blijven voortbestaan doordat ze steeds in staat zijn om toch weer subsidie te krijgen of een of ander geldpotje weten aan te boren. Deze onzekerheid kost (onnodig) veel tijd en energie. Daarnaast is er een deel dat niet doorgezet kan worden ondanks positieve ervaringen en aantoonbare effecten. Een geïnterviewde: *“Bijna altijd succesvol en in theorie opschaalbaar. Maar als de tijdelijke regeling ophoudt te bestaan, dan houdt het initiatief ook op. Dat is in, laat ik zeggen, 8 van de 10 keer het geval.”*

#### Niemandsland

Dat domeinoverstijgende samenwerkingsinitiatieven zich niet kunnen ontwikkelen tot een structurele uitvoeringspraktijk komt met name omdat daarover geen of in ieder geval in onvoldoende mate bindende en duurzame afspraken worden gemaakt door verantwoordelijke partijen. En wel omdat niemand daarvoor expliciet de verantwoordelijkheid draagt. Het sociaal domein behoort tot het terrein van de gemeenten, het medisch domein tot de zorgverzekeraars en de langdurige zorg tot de zorgkantoren. Maar de zorg en ondersteuning op het snijvlak van deze domeinen of die een combinatie vormen van meerdere domeinen, is van niemand. Dat past niet in de bestaande structuren en daarmee in de huidige financieringsstromen.

In die zin bevindt domeinoverstijgende zorg en ondersteuning zich in een niemandsland. Of zoals een geïnterviewde het zegt: *“Er is niemand die de regie heeft. Niemand die een besluit kan nemen en zegt: ‘ik heb iedereen gehoord, we hebben goede research gedaan en dit is hoe we het gaan doen.’ En dan in het belang van iedereen; niet van een dokter die zijn volumenorment moet halen.”* Sturing ontbreekt waardoor we niet in staat zijn om domeinoverstijgend impact te maken. Terwijl dit nu

heel hard nodig is om ook in de nabije toekomst passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan een steeds groter wordende groep kwetsbare mensen.

## 2.2 Domeinoverstijgende sturing

Dit gezegd hebbende, wil dit nog niet betekenen dat er geen samenwerkingsverbanden of (bestuurlijke) overlegtafels zijn waarin getracht wordt om de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein te versterken en te sturen op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Er zijn in de loop van de tijd meerdere samenwerkingsverbanden ontstaan op regionaal en lokaal niveau. Zo zijn er de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) die zich richten op het adviseren en begeleiden van de eerste lijn en betrokken partijen bij het realiseren van samenhangende zorg in de wijken. Daarnaast zijn er twaalf zogeheten Regionale Samenwerkingsorganisaties (RSO). Voorbeelden die vaak genoemd worden van succesvolle strategische samenwerkingsverbanden tussen het sociaal en medisch domein zijn de Twentse Koers en Mooi Maas Vallei. Op lokaal niveau heb je onder meer Gezond en Gelukkig Den Haag en Amsterdam Vitaal en Gezond.

### IZA-regio's

Sinds eind 2022 wordt er vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) op regionaal niveau gewerkt aan het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Dit vanuit de gedachte dat voor een toekomstbestendige (curatieve) zorg het van cruciaal belang is om in te zetten op een brede beweging naar passende zorg en ondersteuning en een regionale samenwerking binnen het zorg- en welzijnsaanbod. Eén van de afspraken is dat zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten samen plannen maken voor de benodigde transformatie van de zorg. Hiervoor is op landelijk en regionaal niveau een structuur van overlegtafels ingericht. Een groot deel van de bestaande samenwerkingsverbanden neemt nu ook deel aan deze IZA tafels.

IZA vormt in beginsel een belangrijk vehikel om regionaal te kunnen sturen op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Juist omdat het een landelijk bindende afspraak is vanuit de Rijksoverheid en koepelorganisaties om tot regionale samenwerkingsafspraken te komen. Bovendien is het landelijk dekkend waarbij is uitgegaan van de zorgkantorregio's.

### Aansluiting sociaal domein

Hoewel partijen uit het sociaal domein zoals sociaalwerkorganisaties en/of gemeenten vaak wel deelnemen aan samenwerkingsverbanden en/of overlegtafels, constateren we tegelijkertijd dat er nog onvoldoende sprake is van een gelijkwaardige positie van het sociaal domein.

### Dominantie zorgpartijen

Dit komt enerzijds door een bepaalde dominantie van het medisch domein: zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Veelal zijn de samenwerkingsverbanden en overlegtafels geïnitieerd vanuit zorgpartijen en al voor de komst van IZA opgestart. Om de zorg toekomstbestendig te houden gaan zij steeds meer de samenwerking aan met het sociaal domein. Partijen uit het sociaal domein worden dan vervolgens uitgenodigd om mee te praten. Maar het primaire vertrekpunt blijft toch veelal de (curatieve) zorg en kijkt men primair naar het vraagstuk vanuit een zorgbril. Dit maakt dat het taalgebruik, eisen, methodieken, instrumenten e.d. afkomstig zijn uit de zorg en dat die niet aansluiten bij het sociaal domein. Ook zien we dat het sociaal domein weliswaar mag aanschuiven bij een deel van de samenwerkingsverbanden en overlegtafels maar dat zij niet echt behoren tot de 'kern'. Of dat er sprake is van scheve verhoudingen waarbij partijen uit het sociaal domein ondervertegenwoordigd zijn aan de (bestuurlijke) overlegtafels.



Dat zien we bijvoorbeeld terug bij het IZA. Ook daar is het ingestoken vanuit het medisch domein en zijn proces en voorwaarden vanuit de zorg opgesteld. Bovendien zijn aanbieders van sociaal werk geen ondertekenaars van het akkoord. Verder gebeurde tot voor kort de beoordeling van de transformatieplannen in het kader van IZA alleen door zorgverzekeraars. Inmiddels is de afspraak dat gemeenten wel mede-beoordelaar zijn. Volgens een geïnterviewde leidde het nog wel tot de nodige discussie om het sociaal domein te betrekken bij de plannen: *“Bij het transformatieplan laten we nu al gemeenten meekijken. Dat is ook een heel dispuut. Mogen gemeenten meekijken met dat soort plannen, terwijl de rol ligt bij de zorgverzekeraars? [...] het gaat ook over hun gebied. Zou toch raar zijn als het niet mag.”* Ten tijde van het schrijven van deze rapportage wordt er gewerkt aan een Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en zijn MIND, Sociaal Werk Nederland en GGD GHOR toegevoegd aan de partijen. Dit zal de positie van het sociaal domein ten goede komen.

Een ander signaal over de dominantie van het medisch domein is dat er maar een paar transformatieplannen zijn goedgekeurd die betrekking hebben op de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Aangegeven wordt dat de meeste plannen het medisch domein betreffen waarbij grote zorgaanbieders de meeste gelden naar zich toe weten te trekken. Dit komt mede doordat zorgpartijen er onvoldoende van doordrongen zijn dat het sociaal domein noodzakelijk is voor de beoogde transformatie van de zorg. Daarnaast hebben grote zorgorganisaties meer beleidscapaciteit en expertise om dergelijke, ingewikkelde plannen van de grond te trekken. Dit maakt dat er vrij veel wordt ontwikkeld vanuit ziekenhuizen en grote VVT en GGZ-organisaties en minder vanuit gemeenten en/of welzijnsaanbieders.

Bovendien worden de plannen waaraan gemeenten deelnemen veelal aangehouden omdat niet kan worden voldaan aan de eis van een sluitende business case en/of (structurele) financiering van de inzet vanuit gemeenten en het sociaal domein. Wat de inzet betreft, ontbreekt het sociaal domein aan financiële middelen om te kunnen participeren in de transformatieplannen. Dit maakt ook dat gemeenten niet optimaal in positie zijn om als opdrachtgever en bestuurlijke verantwoordelijke voor het sociaal domein aan tafel te zitten. Om dit enigszins te kunnen ondervangen is aanvullend besloten dat de tijdelijke transformatiemiddelen bij domeinoverstijgende plannen, onder voorwaarden, aangewend kunnen worden voor het bekostigen van structurele kosten in het sociaal domein (Addendum, 30 september 2024). Dit geldt voor de periode 2024-2027.

### **Sociaal domein mist slagkracht**

Tegenover de dominantie van het medisch domein staat dat het sociaal domein er onvoldoende in slaagt om zich goed te organiseren waardoor zij slagkracht mist. Sociaalwerkorganisaties hebben



zich - in vergelijking tot zorgaanbieders en -professionals - minder sterk verenigd. Ook is het medisch domein meer geprofessionaliseerd en is bij hen het evidence-based werken meer gemeengoed. Bij het sociaal domein gaat het veel meer om practice-based werken.

De meerwaarde van de gemeenten is dat zij dicht bij de inwoner staan en het sociaal domein op lokaal niveau kunnen inrichten waardoor het aansluit bij behoeften en hulpvragen van inwoners. Op regionaal niveau constateren we dat het gemeenten nog onvoldoende lukt om zich te organiseren. Iedere gemeente heeft zo haar eigen beleid ten aanzien van het sociaal domein en iedere gemeente heeft een eigen gemeenteraad die beslissingen neemt over het sociaal domein. Bij regionale bestuurlijke overlegtafels is er vaak wel een governancestructuur ingesteld waarbij een wethouder van een gemeente aan tafel zit namens de andere gemeenten in de regio. Maar als er concrete afspraken gemaakt moeten worden, moeten deze nog langs de afzonderlijke gemeenteraden. Of in ieder geval de afzonderlijke colleges van B&W of de ambtelijke organisaties. Hierdoor ontstaat een ingewikkeld krachtenveld dat bovendien ook nog eens politiek geladen is. En dat bovendien kan verschillen tussen gemeenten en een tijdelijkheid kent vanwege de gemeenteraadsverkiezingen. Hierdoor wordt inhoudelijk sturen en regie voeren complex en besluitvorming lastig.

Wat daarnaast nog een belemmerende rol speelt is dat gemeenten binnen een regio vaak niet gelijkwaardig aan elkaar zijn. Veelal zijn er een of enkele grotere steden en meerdere kleinere gemeenten. Dit kan leiden tot scheve verhoudingen waarbij een kleinere gemeenten zich overschaduwd voelt door een grote gemeente. Tegelijkertijd heeft een kleinere gemeente minder capaciteit tot haar beschikking. In een kleinere gemeente heeft een medewerker slechts enkele uren voor een bepaald beleidsdossier. Terwijl een grote stad voor hetzelfde dossier een fulltime medewerker heeft. Er zijn regio's waar gemeenten prima met elkaar door één deur kunnen. Een geïnterviewde: *"Het gaat goed als de gemeenten elkaar een beetje aardig vinden, op elkaar lijken en een bepaalde cultuur delen. Het werkt als een regio iets met elkaar deelt."* Daar is alleen niet overal sprake van.

## 2.3 Kortom,

Hoewel domeinoverstijgende zorg en ondersteuning niet expliciet is belegd bij een bepaalde partij, zien we wel dat er diverse samenwerkingsverbanden en overlegstructuren zijn die willen werken aan het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Een belangrijke structuur vormen de regionale IZA tafels. We stellen vast dat het sociaal domein weliswaar aan diverse (bestuurlijke) overlegtafels zit, maar dat zij geen gelijkwaardige positie inneemt. Om echt domeinoverstijgend impact te kunnen maken is het noodzakelijk dat het sociaal en het medisch domein gelijkwaardig zijn aan elkaar en samen 'aan de tekentafel' zitten. Daar is nu nog onvoldoende sprake van.

Hiervoor mist het sociaal domein vooralsnog de nodige slagkracht om inhoudelijk te kunnen sturen en regie te voeren op regionaal niveau. Op zich is dit ook niet zo verwonderlijk omdat de samenwerking met en tussen gemeenten als het gaat om het sociaal domein relatief nieuw is; zeker in vergelijking tot die van partijen uit het medisch domein. Gemeenten dragen veel minder lang beleidsmatig en bestuurlijk de verantwoordelijkheid voor de inrichting van een deel van de zorg en ondersteuning aan inwoners dan zorgverzekeraars. En nemen minder lang deel aan domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden en overlegstructuren.

## 3. Werkbare elementen

**Wat maakt dat een samenwerkingsverband werkt en wat moet er geregeld zijn om goed sturing te geven aan domeinoverstijgende zorg en ondersteuning? Dit hoofdstuk beschrijft de succesfactoren en randvoorwaarden voor domeinoverstijgende sturing.**

In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat het sociaal domein – sociaalwerkorganisaties en/of gemeenten - over het algemeen geen gelijkwaardige positie inneemt in regionale samenwerkingsverbanden en/of overlegtafels waarin men stuurt op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Wat kunnen we leren van de samenwerkingsverbanden die daarin wel slagen? Maar ook aan de hand van minder succesvolle voorbeelden zijn we in staat om werkbare elementen ten aanzien domeinoverstijgende sturing te distilleren. Deze werkbare elementen onderscheiden we hieronder in succesfactoren en randvoorwaarden.

### 3.1 Succesfactoren

#### Lef en leiderschap

Hoe zorg je er nu voor dat mensen met elkaar gaan samenwerken en samen gaan sturen op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning? Dat begint met mensen. Mensen die de opgave scherp voor ogen hebben en lef en leiderschap tonen. Een geïnterviewde: *“Wat superbelangrijk is dat iedereen ziet dat het urgent is, dat je stappen moet maken, dat je lef moet hebben en dat je dus risico moet nemen en soms dingen moet gaan uitproberen [...] dat je je collectief verantwoordelijk voelt voor de opgave en dat je je niet terug kan trekken in je eigen domein en je stoel achteruit kan schuiven.*

We zien dat succesvolle samenwerkingsverbanden zijn ontstaan vanuit een club gedreven mensen die intrinsiek gemotiveerd zijn om samen te werken. Zij zijn vaak klein begonnen met een Coalition of the Willing; partijen die graag willen meedoen. Bovendien gaat het om mensen die anderen mee kunnen nemen en kunnen enthousiasmeren zonder weerstand op te wekken. Leaders die zich eigenaar voelen en de boel willen aanjagen voor het maatschappelijk belang. Mensen die over de eigen (organisatie)belangen heen weten te stappen, die willen investeren en die niet bang zijn om enig risico te lopen.

Als het om transities gaat, kan in feite iedereen leiderschap en lef tonen. Maar als het gaat om sturing geven aan domeinoverstijgende zorg en ondersteuning dan gaat het met name om bestuurders van aanbieders en om partijen die aan de knoppen draaien ofwel zorgverzekeraars en gemeenten. In de praktijk gebeurt het nog te vaak dat aanbieders niet over hun eigen schaduw kunnen stappen en niet bereid zijn om in te leveren. Maar we zien ook grote verschillen tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Zo zijn er zorgverzekeraars die erg traditioneel zijn en zich alleen maar richten op hun kerntaak, die bang zijn voor precedentwerking en weinig innovatiekracht hebben. Een geïnterviewde: *“Dat het echt irritant is dat de verzekeraar gewoon niet thuis geeft. Nou, dan weet ik vanuit mijn ervaring, dat heeft ermee te maken dat hij geen risico wil lopen.”* Of gemeenten die niet aangehaakt zijn en/of niet scherp hebben wat het belang is van

domeinoverstijgend sturen en welke rol gemeenten daarin hebben. Een geïnterviewde geeft aan: *“Of je hebt nog te maken met wethouders die niet snappen wat ze moeten doen. Vaak van kleine gemeenten. Het is moeilijk als iemand het niet snapt of eraan wil om dan met elkaar vergezichten te schetsen en daar goede afspraken over te maken.”*

De benodigde betrokkenheid van gedreven mensen die risico durven nemen en leiderschap tonen, maakt het ook lastig om samenwerkingsverbanden te versterken. Juist omdat het zo persoonsafhankelijk is. Daarnaast houdt het ook een bepaalde mate van kwetsbaarheid in. Wat als deze mensen wegvallen? We zouden niet moeten willen dat domeinoverstijgende samenwerking en sturing zo afhankelijk is van bepaalde personen. Hiervoor is het vraagstuk te urgent en is het niet gebaat bij de willekeur die dit met zich meebrengt. We zouden dit structureel moeten borgen.

## Elkaar echt begrijpen en vertrouwen

Een andere belangrijke succesfactor is dat partijen elkaar kennen, elkaar echt begrijpen en elkaar vertrouwen. En dat kost tijd, heel veel tijd. In het algemeen kennen partijen uit het sociaal en medisch domein elkaar en elkaars werelden niet goed. Ook spreken zij vaak niet dezelfde taal. Voor het medisch domein is het sociaal domein grotendeels een black box. Zorgpartijen hebben veelal een diffuus beeld en sociaalwerkorganisaties slagen er onvoldoende in om goed te vertellen wat men doet. Ook snappen zorgpartijen vaak niet hoe gemeenten opereren en hoe daar de paden lopen. Een geïnterviewde: *“De directeur van het ziekenhuis gaf aan dat we elkaar nog steeds niet echt kennen. Het is vreselijk om daar 10 jaar na de decentralisaties achter te komen. Maar dat is wel wat nodig is.”*

Samenwerkingsverbanden die succesvol zijn, bestaan al langere tijd en hebben actief geïnvesteerd in partijen bij elkaar brengen en elkaar leren kennen. Dit door bijeenkomsten en werkbezoeken te organiseren en door uitleg te geven over wat men doet. Dit vergt dedicated duwen, stapje voor stapje. Of zoals een geïnterviewde het zegt: *“Ik ben jaren bezig geweest met orkestreren.”*

Dit zien we ook terug als het gaat om de IZA-regio's<sup>1</sup>. In de ene regio zijn partijen gewend om met elkaar op te trekken en die hebben vaak ook al een bestaand netwerk dat nu aangesloten is op een of meerdere IZA-tafels. Partijen voeren al langer met elkaar het gesprek over domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Zij weten dan ook al wel de nodige meters te maken. In een andere regio hebben we te maken met partijen die elkaar nog nooit eerder hebben getroffen. Zij vormen vooralsnog 'los zand' waarbij geïnvesteerd moet worden in elkaar beter leren kennen én partijen tegelijkertijd wel op de inhoud met elkaar in gesprek moeten.

## Goede organisatiegraad aanbieders

We kennen in Nederland een grote hoeveelheid aan aanbieders van zorg en welzijn. Aanbieders uit zowel het sociaal als medisch domein zijn enorm versplinterd. Zo laten cijfers van CBS zien dat in 2023 in Amsterdam er zo'n 14.500 vestigingen in de gezondheids- en welzijnszorg geregistreerd zijn. Voor een middelgrote stad zoals Deventer zijn dat er rond de 1.760 vestigingen. Het is ondoenlijk om met al deze partijen om de tafel te zitten. Het is dan ook van groot belang dat

---

<sup>1</sup> Hoewel de opdracht geen evaluatie van de IZA-regio's dan wel overlegtafels omvat, zijn deze in de interviews wel veelvuldig als praktijkvoorbeeld aangehaald.

aanbieders zich zodanig weten te organiseren dat een beperkt aantal partijen namens hen allen aan tafel zit en deze ook met het nodige 'mandaat' kan vertegenwoordigen.

Zo hebben huisartsen in Amsterdam zich verenigd in de Amsterdamse Huisartsenalliantie. *"We hebben nu nog maar drie handtekeningen nodig voor een besluit!"*, aldus de voorzitter. Ergens anders hebben sociaalwerkorganisaties één van hen – vaak de grootste – als vertegenwoordiger aangewezen om aan de overlegtafel deel te nemen. Weer elders bestaat er een formeel netwerkverband van aanbieders in de vorm van een stichting. Maar niet in iedere regio zijn dergelijke verbanden te vinden en zijn aanbieders goed georganiseerd. Terwijl dat helpend is om goed te kunnen sturen op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Besluitvorming en implementatie van afspraken worden hierdoor vereenvoudigd. Een geïnterviewde: *"Dat is het ingewikkelde van samenwerken. Je zit met een klein clubje op regionaal niveau om tafel. En je kunt wel afspraken op papier zetten maar daarmee is het nog niet geregeld en uitgevoerd. Dat moet goed georganiseerd zijn anders komt er niks van de grond [...] de vertegenwoordiging van de huisartsen is bijvoorbeeld sterker verbonden met de achterban en dan zie je dat het eigenlijk best wel lukt."*

## Ondersteuningsstructuur

Daarnaast is het helpend als er sprake is van een ondersteuningsstructuur die de domeinoverstijgende samenwerking en sturing organiseert en faciliteert. Bestaande samenwerkingsverbanden en overlegtafels zijn vaak netwerken van betrokken partijen. Het is van belang om op een onafhankelijke manier de verbinding tussen de partijen in het netwerk te organiseren en stimuleren, en de procesregie expliciet te beleggen.

Hiervoor hebben samenwerkingsverbanden en/of overlegtafels veelal een onafhankelijke ondersteuningsstructuur opgesteld. Vaak met een voorzitter, een programmasecretaris en projectleiders die de projecten en thema's binnen het netwerk trekken. Het wordt als een voordeel gezien als de voorzitter *"niet een van ons is maar wel het wereldje kent en de taal spreekt van de partijen"*, aldus een geïnterviewde. Het opstellen van (transformatie)plannen behoort eveneens veelal tot de taken van de ondersteuningsstructuur. De middelen voor een dergelijke ondersteuningsstructuur worden deels door de aangesloten partijen ingebracht en deels vanuit verschillende subsidiestromen.

## 3.2 Randvoorwaarden

### Financiële middelen

Het hebben van voldoende en passende middelen om domeinoverstijgende zorg en ondersteuning te kunnen financieren is volgens de geïnterviewden een van de belangrijkste randvoorwaarden voor domeinoverstijgende sturing. En iedereen geeft ook gelijk aan dat de financiering op dit moment domeinoverstijgende zorg en ondersteuning eerder tegenwerkt dan bevordert. Dit komt doordat de financieringsstromen vanuit het sociaal en medisch domein strikt gescheiden zijn als gevolg van de schotten tussen de Wmo en de Zorgverzekeringswet.

Dat samenwerkingsverbanden en/of overlegtafels er toch in slagen om domeinoverstijgende samenwerking te realiseren is omdat zij gebruik maken van tijdelijke middelen zoals subsidies en transformatiegelden. Of omdat partijen met gesloten beurzen werken. Of omdat een of meerdere partijen over de boeg komen en besluiten het (voor) te financieren vanuit eigen middelen. *"Wie knippert het eerst met de ogen."*, aldus een geïnterviewde. Soms vormen partijen een gezamenlijk budget door naar rato of een vast percentage in te brengen. Een andere manier is om 'alles in

partjes op te delen' zodat ieder partje kan worden gefinancierd door de zorgverzekeraar dan wel de gemeente. Maar dit kan alleen als de geboden zorg en ondersteuning ook opgeknipt kan worden wat niet altijd het geval is.

Er worden door de geïnterviewden enkele oplossingsrichtingen genoemd met betrekking tot de problemen zoals die worden ervaren in de praktijk met de financiering. Deze zijn<sup>2</sup>:

- Op macroniveau een verschuiving van middelen van het medisch domein naar het sociaal domein.
- Ter beschikking stellen van structurele middelen voor het financieren van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Nu zijn er veelal tijdelijke middelen beschikbaar.
- Het ontschotten van de financieringsstromen opdat er een gemeenschappelijk budget ontstaat waarmee domeinoverstijgende zorg en ondersteuning kan worden gefinancierd.
- Ruimte in de financiering om te experimenteren en te doen wat nodig is, en dat voor een groep inwoners. Aangegeven wordt dat de inzet op domeinoverstijgende betaaltitels een begin zijn maar onvoldoende soelaas bieden omdat zij gericht zijn op individuele interventies.

Graag willen we benadrukken dat deze oplossingsrichtingen uiterst complex en niet zomaar te realiseren zijn vanwege fundamentele verschillen in de wet- en regelgeving. Aangegeven wordt dat (een deel van) deze oplossingsrichtingen een stelselwijziging behoeven.

## Governance

Governance heeft betrekking op het proces of de wijze van besluitvorming. Hoe zijn de taken en verantwoordelijkheden verdeeld? Welke (gedrags)regels worden gehanteerd? Hoe ziet de overlegstructuur eruit? Wie nemen de beslissingen en hoe zijn de stemverhoudingen? Doorgaans kent de overlegstructuur van samenwerkingsverbanden en/of overlegtafels drie niveaus. Een bestuurlijk niveau waar alle bestuurders van de betrokken partijen aan deelnemen. Deze kan verschillen in grootte en de mate waarin men bij elkaar komt. Benamingen hiervoor zijn onder meer Regiegroep, Steungroep, Bestuurlijke alliantie of Bestuurlijke coördinatiegroep. Daaronder bevindt zich vaak nog een tactisch niveau met thematafels en/of managers/strategische beleidsmedewerkers én een uitvoerend niveau met projecten en/of professionals.

Aan de diverse tafels zitten vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars, het zorgkantoor, zorgaanbieders, gemeenten en/of sociaalwerkorganisaties. Eventueel is ook de GGD aangehaakt. Aanbieders worden formeel vertegenwoordigd door middel van een samenwerkingsverband of een gemandateerde partij. Als dat niet geval is dan zit vaak de grootste aanbieder aan tafel. Het is in het algemeen niet te doen om alle aanbieders aan tafel te hebben vanwege de grote versnippering aan organisaties en zelfstandige professionals.

Dit geldt in veel gevallen ook voor gemeenten als zij op regionaal niveau deelnemen aan (bestuurlijke) overlegtafels. Ook dan is sprake van een vertegenwoordiging omdat tot een regio meerdere gemeenten behoren. Hoe dit is vormgegeven verschilt weer per regio. Om een voorbeeld te geven van de vertegenwoordiging van gemeenten op regionaal niveau: een IZA regio met drie subregio's heeft ervoor gezorgd dat op ieder niveau in ieder geval twee mensen vanuit de gemeenten aan tafel zitten. Op tactisch niveau zijn er drie thematafels. Aan iedere thematafel zit een wethouder met afdelingsdirecteur of regiocoördinator van één gemeente uit één subregio. Op

---

<sup>2</sup> In deze opdracht zijn deze oplossingsrichtingen niet verder uitgediept omdat zij buiten de scope van de opdracht vallen.

bestuurlijk niveau zitten de drie wethouders samen aan tafel. Op deze manier zijn ook de drie subregio's vertegenwoordigd.

Naast de overlegtafels op het bestuurlijk, tactisch en uitvoerend niveau vindt er vaak enkele keren per jaar een breed overleg plaats voor alle afzonderlijke partijen. Dit breed overleg is dan bedoeld voor informeren, kennis delen, ontmoeten en inspireren.

In de praktijk blijkt dat de governance vaak niet optimaal is ingericht. Wanneer we de IZA-regio's als voorbeeld gebruiken dan blijkt onvoldoende duidelijk te zijn wie waarvoor verantwoordelijk is en waarover men besluiten neemt. We hadden al eerder beschreven dat het sociaal domein niet gelijkwaardig aan tafel zit. Zo missen gemeenten veelal slagkracht en is het medisch domein oververtegenwoordigd. Om door te gaan op het voorbeeld hierboven. Aan de bestuurlijke tafel nemen drie wethouders deel en zeven vertegenwoordigers uit het medisch domein, te weten directeuren van zorgverzekeraar en zorgaanbieders.

Aangeven wordt dat gemeenten in onvoldoende mate inhoudelijk de regie kunnen voeren, terwijl zij wel over het sociaal domein op lokaal niveau gaan. Gemeenten worden nog te weinig erkend als dé partij om mee te schakelen als het gaat om sturen op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Dit is ook vrij lastig en complex omdat er rekening gehouden moet worden met de lokale democratische legitimiteit waarbij afzonderlijke gemeenteraden een belangrijke rol hebben. Zo moet er overeenstemming komen binnen een gemeente met de eigen gemeenteraad én met andere gemeenten die politiek en beleidsmatig kunnen verschillen van elkaar. Dit vereist dat een bestuurder c.q. wethouder goed voorbereid wordt door de eigen ambtelijke organisatie, met collega-bestuurders afstemt en tot een gezamenlijk standpunt komt. Vervolgens behoort de bestuurder dit standpunt met verve te verkondigen dan wel te verdedigen aan de overlegtafel en ook nog eens aan de gemeenteraad. Dit verloopt stroperig en moeizaam. Wethouders kennen elkaar niet goed, worden onvoldoende gevoed om regie te kunnen voeren en/of de gemeenteraad gaat niet mee. Daar komt bij dat het medisch domein geen zicht heeft op hoe gemeenten functioneren. Volgens een geïnterviewde: *"We worden landelijk niet gezien als mede opdrachtgever waarbij je responsief bent aan het feit dat wij ook niet gemandateerd zijn om alle besluiten te nemen."* In het algemeen is er echt nog een weg te gaan om gemeenten steviger te positioneren.

### 3.3 Geen doorzettingskracht

Wanneer we alles overzien dan stellen we vast dat er vanuit verschillende samenwerkingsverbanden en/of overlegtafels gewerkt wordt aan het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein en proberen partijen te sturen op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Het ene samenwerkingsverband slaagt daar beter in dan een ander. Dit omdat betrokken partijen gedreven en gemotiveerd zijn, zij elkaar kennen, begrijpen en vertrouwen, partijen met mandaat hun achterban vertegenwoordigen en er een structuur is die de partijen ondersteunt in de samenwerking.

Tegelijkertijd moeten we constateren dat partijen er in (te) beperkte mate in slagen om te komen tot duurzame en bindende afspraken die leiden tot een structurele nieuwe uitvoeringspraktijk. Het blijft te vaak beperkt tot tijdelijke pilots. Dit komt omdat de randvoorwaarden van financiering en governance veelal niet optimaal zijn ingericht. Het kan voorkomen dat het ontbreekt aan inhoudelijke sturing door gemeenten. Dit heeft te maken met het feit dat de vertegenwoordiging van gemeenten lastig in te richten is waardoor bestuurders of directeuren onvoldoende zeggenschap hebben. In die regio's waar de governance wel goed is ingericht en het sociaal domein (bestuurlijk) goed aangehaakt is, beschikt men niet over structurele middelen. *"De hele hamvraag is hoe we dat nou blijvend kunnen gaan doen. Hoe gaan we dat permanent financieren."*, aldus een geïnterviewde.

# 4. Van wind tegen naar wind mee

**Er is onvoldoende regie op de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. In het professioneel beraad is nagedacht over hoe deze sturing kan worden vormgegeven. Hierbij is allereerst stilgestaan bij de vraag hoe we willen sturen.**

Hoewel er in heel Nederland mooie voorbeelden zijn van samenwerking(sverbanden) tussen het sociaal en medisch domein slagen we er onvoldoende in om echt domeinoverstijgend impact te realiseren en te komen tot een transformatie van de zorg. Dat maakt dat de noodzaak om te sturen op domeinoverstijgende samenwerking groot is. Hier liggen vier redenen aan ten grondslag.

- Op de eerste plaats blijven goede en succesvolle nieuwe structurele werkwijzen die goed geborgd zijn, uitzondering. Zij groeien niet uit naar een nieuwe routine dan wel uitvoeringspraktijk. Opschaling van mooie voorbeelden vindt te beperkt plaats waardoor zij geen gemeengoed worden ondanks dat zij veelbelovend en effectief zijn.
- Er worden in de praktijk diverse belemmeringen ervaren in de samenwerking tussen domeinen. Voor het adresseren en wegnemen van deze belemmeringen bestaat geen heldere escalatieroute voor partijen die er niet met elkaar uitkomen of er niet in slagen om samen tot een oplossing te komen voor de belemmeringen die zij ervaren.
- Er bestaat geen (structurele) oplossing voor financiële belemmeringen en dan met name het wrong pocket probleem. Veel van de samenwerkingen komen niet van de grond omdat de kosten ergens anders liggen dan de baten. Zo investeert de ene partij terwijl de andere partij ervan profiteert.
- De belofte van de beweging naar de voorkant vergt meer dan alleen doorverwijzen. Om echt te kunnen transformeren is het van belang dat het sociaal en medische domein meer vervloeien met elkaar. Bij doorverwijzen opereren professionals vanuit hun eigen domein en hanteren zij hun eigen werkwijzen. Bij vervloeien is er sprake van een vergaande samenwerking waarbij professionals buiten het eigen domein treden waardoor nieuwe gecombineerde methodieken en werkwijzen ontstaan.

## 4.1 Begeleidende sturing

In de praktijk is domeinoverstijgende zorg en ondersteuning en de daarvoor vereiste samenwerking tussen het sociaal en medisch domein niet eenvoudig te realiseren. In die zin hebben initiatieven steeds de wind tegen. Het professioneel beraad pleit voor het creëren van een context waardoor initiatieven de wind mee krijgen. De vorm van sturen dat hierbij passend wordt geacht is het bottom-up faciliteren van domeinoverstijgende samenwerkingen. Hierbij wordt gedacht aan zaken zoals:

- Het realiseren van een doorbraak van bestaande initiatieven die vastlopen. Bijvoorbeeld omdat er geen domeinoverstijgende financiering is, een belangrijke partij niet meedoet of omdat deze niet aan de juiste tafel zit.

- Het aanjagen van nieuwe initiatieven op basis van de behoeften van de samenleving.
- Het aankaarten van en aansluiten op signalen vanuit de praktijk rondom knelpunten. Het gaat hierbij niet om incidentele knelpunten maar om het oppakken van patronen op mesoniveau.

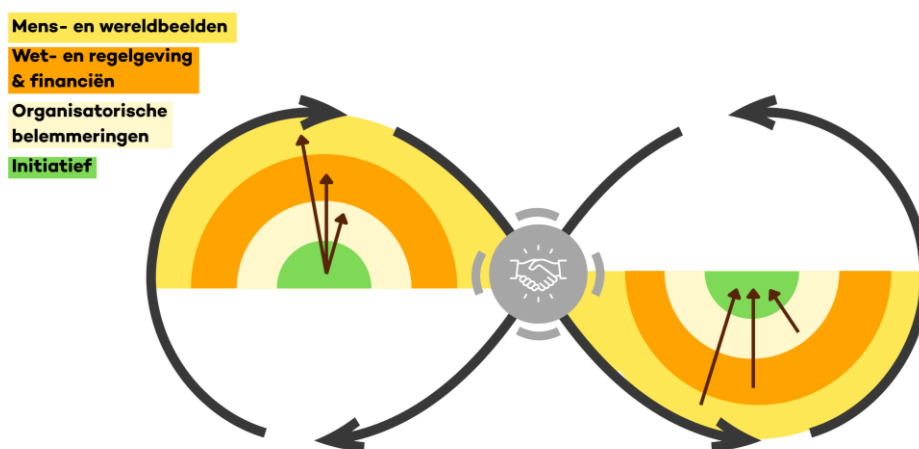
De gedachte vanuit het professioneel beraad is dat domeinoverstijgende sturing primair gericht is op het doorbreken van patronen en innoveren. En dat hierbij wordt aangesloten op wat er in de samenleving speelt (bottom-up). Hoewel het niet de bedoeling is om te sturen door zaken op te leggen (top-down) maar om meer te faciliteren, is dit niet vrijblijvend. Om echt patronen te doorbreken en te innoveren zijn bindende afspraken wel noodzakelijk. Deze vorm van sturen is door het professioneel beraad omschreven als begeleidende sturing.

## 4.2 Model domeinoverstijgend sturen

Voor het organiseren van de wind mee voor domeinoverstijgende samenwerking is een model opgesteld (zie figuur hieronder) dat aansluit bij het principe van begeleidende sturing. Dit model is gebaseerd op een model rondom de herinrichting van het jeugd- en gezinsstelsel in Den Haag (NSOB, 2025). Het linkerdeel van het lemniscaat betreft de huidige praktijk waarbij een initiatief (groene bol) nog de wind tegen heeft. Dit initiatief loopt tegen de grenzen op van de eigen organisatie of betrokken organisaties (lichtgele laag). Die organisatorische belemmeringen kunnen van alles zijn en betrekking hebben op voorschriften, protocollen en verantwoordingslijnen. Huisartsen willen bijvoorbeeld een goede terugkoppeling bij Sociaal verwijzen en dat gebeurt niet. Of in de keten valpreventie is afgesproken dat huisartsen een valrisico-inschatting maken, maar dat komt er in de praktijk niet van.

Het kan ook zijn dat een initiatief tegen grenzen van systemen in termen van wet- en regelgeving of financiën oploopt (oranje laag). Een voorbeeld hiervan is een huisartsenpraktijk die samen met sociaal werk groepsconsulten wil geven voor vrouwen met overgewicht en een risico op diabetes. Alleen is er geen betaaltitel voor deze groepsconsulten en al helemaal niet om ook een sociaal werker hierbij te betrekken. Tot slot is het mogelijk dat een initiatief tegen de grenzen aanloopt van de mens- en wereldbeelden (gele laag) die ten grondslag liggen aan het stelsel dan wel systeem. Het gaat hierbij om overtuigingen en waarden die leven in de maatschappij. Bijvoorbeeld professionals uit de psychiatrie en het sociaal werk die ieder een andere kijk hebben op de problematiek en een andere visie hebben op wat moet gebeuren.

Figuur – Lemniscaat Van wind tegen naar wind mee





Het idee is om deze lagen als het ware om te klappen (rechtse deel van lemniscaat). Dat de lagen niet als plafonds maar juist als beddingen fungeren. Zo ontstaat een 'kommetje' dat domeinoverstijgende samenwerking juist draagt en makkelijker maakt. En niet belemmert zoals dat nu het geval is. Dat er sprake is van een gedragen visie op de maatschappij en het stelsel gebaseerd is op een eenduidig mensbeeld. Dit werkt op haar beurt weer door naar onder meer passende financiering en vervolgens weer naar de betrokken organisaties.

Er is bewust gekozen voor een lemniscaat omdat dit ook een symbool is voor oneindigheid. Dat omklappen naar een dragende structuur dat domeinoverstijgende samenwerking faciliteert is een oneindig leerproces. Dit zal nooit af zijn omdat de nieuwe structuur op haar beurt weer leidt tot belemmeringen en grenzen die dan weer omgeklapt moet worden. Dit maakt dat continu leren en reflecteren belangrijk onderdeel zijn van het proces.

### 4.3 Regionale tafel

Op het kruispunt van het lemniscaat bevindt zich *een* regionale tafel die zich richt op het faciliteren van een dragende structuur voor het versterken van domeinoverstijgende samenwerking op regionaal niveau. Een regionale tafel die zich kan verhouden tot de verschillende lagen in het model, en deze kan doorbreken en opnieuw kan laden waardoor het beddingen vormen in plaats van plafonds. Juist dan wordt de kans groot dat een initiatief of een vernieuwing duurzaam is en tot een transformatie leidt.

We willen benadrukken dat deze regionale tafel geen bestaand samenwerkingsverband en/of overlegtafel is. In het professioneel beraad hebben we geprobeerd steeds zo vrij mogelijk te denken over de wijze van en inrichting van het sturen op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning op regionaal niveau. Het gaat dus om een *beoogde* regionale tafel.

#### Gelijkgerichtheid

Wanneer we de lagen van het model nader invullen in relatie tot de beoogde regionale tafel dan gaat het op het niveau van maatschappij en mensbeelden vooral over het realiseren van gelijkgerichtheid op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning en de beoogde transformatie van de zorg. Wat wordt de gezamenlijke stip op de horizon en welke uitgangspunten horen daarbij?

Tijdens het professioneel beraad is de gelijkgerichtheid op de transformatie regelmatig aan de orde geweest omdat dit de basis vormt van de dragende structuur en het faciliteren van domeinoverstijgende samenwerking en impact. Hierin komen de volgende uitgangspunten terug:

- Bij de transformatie van de zorg gaat het om het versterken van een gezonde samenleving. Dus zoveel mogelijk voorkomen dat mensen ziek worden en een zorgvraag krijgen. De focus komt dan te liggen op goed opgroeien en zorgzame gemeenschappen. Community care waarbij wijken en inwoners met hun sociaal netwerk centraal staan. En niet 'zieke verzekerden'. Uiteindelijk vormt zorg immers maar een klein stukje van gezond zijn en blijven.
- Als we willen transformeren van zorg naar een gezonde en zorgzame samenleving dan behoort de beweging ook te komen *vanuit* de voorkant. En niet *naar* de voorkant zoals de transformatie nu wordt omschreven. Dus bijvoorbeeld niet het verschuiven van tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Maar wel het versterken van zorgzame gemeenschappen. En moeten we aansluiten en uitgaan van wat er in de samenleving en wijken gebeurt en nodig is. Sterker nog dan zouden we de samenleving moeten laten bepalen wat zorgzame gemeenschappen zijn en niet de systeempartijen zoals dat nu het geval is.

### **Passende financiering**

Ten aanzien van het niveau van het systeem in termen van wet- en regelgeving en financiën richt de beoogde regionale tafel zich met name op het realiseren van passende financiering. Juist omdat dit een belangrijke randvoorwaarde is voor domeinoverstijgende samenwerking. Er zijn diverse mogelijkheden om tijdelijke middelen in te zetten. Deze dienen zeker een doel als het gaat om het aanjagen van innovaties. Maar vanuit het professioneel beraad en ook in de interviews wordt er ook gepleit voor het kunnen inzetten van structurele middelen opdat een nieuwe en/of duurzame uitvoeringspraktijk kan ontstaan.

Een mogelijkheid is duurzame financiering door zorgverzekeraars op basis van een sluitende business case. In de praktijk is dit echter nog niet zo eenvoudig. Dit omdat het voor domeinoverstijgende zorg en ondersteuning lastig is om een business case op te stellen die voldoet aan de eisen vanuit de Zvw. Het kan zijn dat hiervoor de knowhow en capaciteit ontbreekt. Of dat er (nog) geen informatie beschikbaar over effectiviteit omdat de meerwaarde van bijvoorbeeld preventie en kwaliteit van leven moeilijk te meten en te kwantificeren zijn. Het investeringsmodel voor preventie dat in ontwikkeling is, zal hierbij helpend zijn. Met dit investeringsmodel is het mogelijk om de effecten en budgettaire gevolgen van op gezondheid gerichte maatregelen, acties en activiteiten inzichtelijk te maken. Wat ook voorkomt is dat de effectiviteit van interventies in het sociaal domein wel vast te stellen is maar niet in het totaal van de keten en wat het precies oplevert aan het afbuigen van de zorgkosten. Verder sluit de huidige verantwoordingssystematiek niet goed aan omdat deze gebaseerd is op individuele verzekerden. Terwijl de beoogde transformatie en domeinoverstijgende samenwerking veel meer gericht zijn op groepen inwoners.

Vanuit het professioneel beraad is men veel meer een voorstander van financiering op basis van gezamenlijke inkoop van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning met een regiobudget. Vooral omdat er bij gezamenlijke inkoop veel meer sprake is van gelijkwaardigheid. Dat is nu veelal nog niet aan de orde omdat in domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden en/of overlegtafels er sprake is van een bepaalde dominantie van het medisch domein en zorgpartijen (zie ook paragraaf 2.2).

### **Escalatie-route**

Op het organisatorisch niveau voorziet de beoogde regionale tafel in een escalatie-route voor het verder brengen van bestaande en nieuwe initiatieven. Als partijen er met elkaar niet uitkomen of er niet in slagen om samen tot een oplossing te komen voor de belemmeringen die zij ervaren, kunnen zij zich wenden tot de regionale tafel. Bijvoorbeeld als een partij zich afzijdig houdt, de knowhow voor opschalen ontbreekt of er geen financiering beschikbaar is. Vanuit de beoogde regionale tafel kan dan de benodigde ondersteuning worden geboden als het gaat om kennis en expertise, gezamenlijk denkracht om te komen tot creatieve oplossingen, aanspreken van partijen en landelijk opschalen van knelpunten.

## 5. Inrichting regionale tafel

**Om domeinoverstijgend impact maken te faciliteren en te versterken dient sturing plaats te vinden. Het professioneel beraad heeft hierbij een vorm van begeleidende sturing vanuit een zogeheten regionale tafel, voor ogen. Maar hoe moet zo'n beoogde tafel dan worden ingericht?**

### 5.1 Waarden en uitgangspunten

Allereerst is in het professioneel beraad een aantal waarden dan wel uitgangspunten geformuleerd dat ten grondslag ligt aan de domeinoverstijgende sturing vanuit een regionale tafel. Deze worden hieronder toegelicht.

#### Gelijkgerichtheid

Gelijkgerichtheid is in het vorige hoofdstuk ook al aan de orde geweest. Waar het om gaat is dat binnen de beoogde regionale tafel duidelijk is wat men gezamenlijk wil bereiken en wat de belangrijkste uitgangspunten zijn om dit te realiseren. Er is overeenstemming over de opgave waar partijen voor staan in de regio en daar is draagvlak voor. Deze opgave kenmerkt zich door:

- Het versterken van een gezonde samenleving en zorgzame gemeenschappen;
- Aansluiten bij de samenleving zelf, bottom-up. De dynamiek moet vanuit de samenleving komen. Soms betekent dit dat zaken aangejaagd moeten worden, als het vertrekpunt maar steeds datgene is wat inwoners willen. En niet wat aanbieders of systeempartijen willen.
- Doorbreken van patronen, innoveren en transformeren;
- Domeinoverstijgend impact willen maken om te komen tot passende zorg en ondersteuning. Dit vanuit de urgentie om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg en ondersteuning te kunnen blijven waarborgen. Onder meer vanwege de schaarste op de arbeidsmarkt.

Het is zaak om samen te komen tot een regionale opgave die wordt gedragen door het sociaal en medisch domein. Dat er een gemeenschappelijk beeld is van waar men naar toe wil en dat men daar ook gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor wil dragen. Het gaat hierbij om domeinoverstijgend impact willen maken. Alleen zaken worden geagendeerd en opgepakt waarbij er sprake is van een afhankelijkheid van partijen uit een ander domein om de opgave voor elkaar te krijgen. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt in verbeteren, veranderen en innoveren. Wat er nu gebeurt is veelal gericht op verbeteren en veranderen; op de optimalisatie van de huidige praktijk binnen de spelregels van het systeem. Innovatie ontstaat door zaken ook echt anders te organiseren.

#### Gelijkwaardigheid

Gelijkwaardigheid houdt in dat er sprake is van een optimale participatie van partijen uit het sociaal en medisch domein én van burgers. Een optimale participatie betekent allereerst dat er een sterke vertegenwoordiging is van inwoners. Het is van belang dat hun stem wordt meegenomen (niet over ons, zonder ons). Bovendien hebben zij een rol bij het ophalen van beelden en input over wat er

speelt in de samenleving om zo goed aan te kunnen sluiten bij de behoeften van wijken en bewoners.

Daarnaast heeft gelijkwaardigheid betrekking op een evenredige c.q. gelijke vertegenwoordiging van partijen uit het sociaal en medisch domein. Nu is vaak het medisch domein oververtegenwoordigd. Maar aan de beoogde regionale tafel behoort het sociaal domein stevig aan tafel te zitten. Dit houdt ook in dat gemeenten goed gepositioneerd zijn als bestuurs- en beleidsverantwoordelijke. Bovendien zitten sociaalwerkorganisaties zelf aan tafel en laten zij zich niet vertegenwoordigen door een gemeente.

### **Samenwerking boven concurrentie**

Het is van belang dat partijen de gezamenlijke opgave en het samenwerken daaraan als uitgangspunt nemen. Wat kan jij bijdragen aan het grotere geheel, aan het realiseren van de opgave die we samen hebben geformuleerd? Dit vraagt om een andere grondhouding van organisaties waarbij het niet ieder voor zich is en iedereen uit is op een maximalisatie van de eigen inkomsten. Het kan dan gebeuren dat organisaties meewerken aan initiatieven die ingaan tegen het eigen belang. Hiervoor moet een bestuurder wel 'over zijn/haar eigen schaduw kunnen stappen'. Dit vraagt de nodige lef en leiderschap van bestuurders en ook dat partijen elkaar echt kennen en vertrouwen.

Bovendien is het vooropstellen van samenwerken nog niet zo eenvoudig omdat in het huidige systeem iedere bestuurder nog wordt afgerekend op het resultaat van de eigen organisatie. Raden van Toezicht zijn primair geïnteresseerd in de mate waarin een organisatie aan een beoogde groei heeft voldaan. En een organisatie wordt in de verantwoording verantwoordelijk gesteld voor een rechtmatige besteding van middelen. Het uitgangspunt van samenwerken boven concurrentie heeft dan ook impact op de wijze van toezichhouden en verantwoorden. Ook hierin moet het perspectief veranderen en moet het bijdragen aan een gezamenlijke opgave een plek krijgen.

### **Sturen vanuit vertrouwen, maar niet vrijblijvend**

Vanuit het professioneel beraad wordt veel waarde gehecht aan het sturen vanuit vertrouwen. Dus niet opleggen en ook geen focus zoals dat nu veelal het geval is op controleren en beheersen. Geen verplichting tot sluitende business cases, geen KPI's, geen afvinklijstjes, geen dwingende formats etc. etc. Het algehele beeld is dat er nu te veel gestuurd wordt op transformeren op basis van de huidige inrichting van het stelsel. Proberen iets nieuws neer te zetten op basis van regels die behoren bij het oude. Dat schuurt en knelt. Het is beter om te sturen vanuit een beperkt toetsingskader dat ruimte biedt aan innovaties. Met minder strakke lijntjes, eisen vooraf en regels waaraan voldaan moet worden. Maar wel met de notie dat het gaat om publieke middelen en dat verantwoording nodig is.

Het sturen op vertrouwen betekent niet dat er sprake is van vrijblijvendheid. In het professioneel beraad bestaat er algehele consensus dat een regionale tafel tot bindende afspraken moet kunnen komen. Bindende afspraken over de gezamenlijke opgave, een eventuele 'werkagenda', plannen en toekenning van middelen. Een regionale tafel zou in staat moeten zijn om afspraken te formaliseren opdat partijen de gemaakte afspraken naleven. Onder meer door inkoop en contractering. De beoogde regionale tafel moet een bepaalde mate van doorzettingsmacht hebben. Dit houdt idealiter ook in dat de (financiële) middelen hiertoe structureel op regionaal niveau worden belegd en dat een regionale tafel deze beheert.

Bindende afspraken worden nodig geacht om te komen tot een nieuwe uitvoeringspraktijk. Aangegeven wordt dat om tot 'het nieuwe normaal' te komen de regionale tafel diverse sturingsmechanismen kan toepassen. Dit is omschreven als inspireren, instrueren en normeren. Innovators bied je de ruimte en geef je lucht om initiatieven te ontplooiën. En als iets werkt breng je dit verder door eerst te inspireren door goede voorbeelden te laten zien die navolging krijgen. Een vervolgstap is het maken van afspraken die gaan van een inspanningsverplichting naar uiteindelijk een resultaatverplichting.

## 5.2 Routekaart regionale tafels

Uitgangspunt van deze verkenning naar domeinoverstijgende sturing is steeds geweest dat deze op regionaal niveau plaats vindt. Dit wordt door het professioneel beraad benadrukt. De algehele gedachte hierbij is dat voor het echt verder brengen van de transformatie ten aanzien van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning een bepaalde schaalgrootte nodig is die het lokale overstijgt. Om patronen te doorbreken en te innoveren opdat er een nieuwe uitvoeringspraktijk ontstaat is, is een bovengemeentelijk niveau noodzakelijk.

### Aansluiten IZA-tafels

In het professioneel beraad is niet expliciet aandacht besteed aan de vraag welk regioniveau of schaalgrootte een regionale tafel dan zouden moeten bedienen. En hoe zij zich verhoudt tot andere (bestuurlijke) overlegstructuren die al bestaan. Juist om ervoor te zorgen dat experts vrijuit konden nadenken en brainstormen over de inrichting van domeinoverstijgende sturing. En om te voorkomen dat de discussie vooral ging over het optimaliseren van een bestaand gremium. Hoewel het regioniveau geen expliciet thema was, is dit wel aan de orde geweest. Er wordt gepleit om aan te sluiten bij een bestaande overlegstructuur. Vooral omdat een nieuw – extra – gremium totaal ongewenst wordt geacht. Niet nog een overlegtafel erbij!

Hoewel de huidige IZA-tafels nog niet optimaal zijn ingericht en/of functioneren, wordt wel aangegeven dat deze tafels de beste optie bieden om uit te groeien naar een regionale tafel zoals die wordt beschreven in deze rapportage. De IZA-tafels vormen voor nu een goede optie omdat het een overlegstructuur is waarbij het sociaal en medisch domein zich al buigen over domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Daarnaast wordt aangegeven dat de IZA-regio's zich steeds meer beginnen te vormen en te organiseren. Het fundament ligt er al, of daar wordt aan gewerkt. Het is natuurlijk wel zaak om de IZA-tafels verder te brengen zodat zij gekenmerkt worden door gelijkgerichtheid, gelijkwaardigheid en sturen vanuit vertrouwen. En waarbij partijen het belang van samenwerking volledig benadrukken en uitdragen.

### Geen blauwdruk

De praktijk laat zien dat de IZA-tafels op dit moment nog niet voldoen aan de uitgangspunten van een regionale tafel zoals het professioneel beraad voor ogen heeft. En niet aan kunnen voldoen omdat een aantal randvoorwaarden nog niet optimaal is ingericht. De ontwikkeling naar een regionale tafel kent verschillende stadia. We zien dat de ene IZA-tafel zich al verder heeft ontwikkeld richting een beoogde regionale tafel dan een andere IZA-tafel. Er zijn erbij die al langer met elkaar in gesprek zijn en waarbij al sprake is van een bepaalde mate van gelijkgerichtheid en gelijkwaardigheid. Partijen ervaren een gezamenlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van domeinoverstijgende impact. Maar lopen nog wel aan tegen het feit dat er geen passende financiering is. Terwijl in andere regio's partijen elkaar nog beter moeten leren kennen en op de inhoud met elkaar in gesprek moeten gaan over de gezamenlijke opgave. In weer andere regio's is men bezig met het opstellen van een gezamenlijke agenda. Ook zijn er regio's waarbij in gezamenlijke projecten gewerkt wordt aan het versterken van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning.

Ondanks het urgentiebesef dat de sturing op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning eerder gisteren dan vandaag adequaat ingericht moet worden, pleit het professioneel beraad ervoor om aan te sluiten bij de stadia van de regio's. En niet om deze ontwikkeling te forceren door het opleggen van een blauwdruk. Juist om ook ruimte te bieden aan die regio's die al verder zijn in hun ontwikkeling. Door het top-down opleggen van een standaard format waar een beoogde regionale tafel aan moet voldoen wordt voorbij gegaan aan de realiteit van de verschillende regio's. Dit zal het proces eerder vertragen dan versnellen. Niet alleen omdat partijen weerstand zullen hebben, maar vooral omdat de partijen zich opnieuw moeten verhouden tot het nieuwe beleid.

Het algehele idee is dat bij de groei van een regio tot een regionale tafel daar ook bepaalde (financiële) sturingsinstrumenten bij horen. Dat als er steeds meer sprake is van een stevige organisatiegraad met een duidelijke governancestructuur, onderling vertrouwen en een gedragen gezamenlijke verantwoording, er ook meer passende (financiële) sturingsinstrumenten mogelijk zijn zoals domeinoverstijgende financiering (figuur 2). Eerst ervoor zorgen dat partijen elkaar kennen, begrijpen, vertrouwen en weten wat van elkaar wat de eigen en gedeelde verantwoordelijkheden zijn om van daaruit de samenwerking te versterken opdat een regiobudget geformeerd kan worden. Aangegeven wordt dat een budget op regionaal niveau en waar de regionale tafel over mag beschikken en beslissen niet zaligmakend is. Zolang partijen het principe van samenwerken aan een gemeenschappelijke opgave niet doorleven en het eigen belang laten prefereren, zullen zij trachten zoveel mogelijk geld uit het regiobudget naar zich toe te trekken.

Figuur 2 – Ontwikkeling governance en sturingsinstrumenten regionale tafel

## Ontwikkelingen governance regio



In feite zou er een routekaart ontwikkeld moeten worden met daarin de stappen die een regio kan doorlopen om zo uit te groeien tot een regionale tafel. Een handreiking waarin omschreven wordt hoe een regio een bepaald uitgangspunt zoals gelijkwaardigheid kan uitwerken en hoe men kan komen tot een duidelijke governancestructuur en bijbehorende sturingsinstrumenten. In het professioneel beraad is ook wel de vergelijking gemaakt met de ANWB-paddenstoelen. Dat regio's zelf aan de hand van de paddenstoelen hun weg bepalen en daarmee zelf invulling geven aan hun ontwikkeling tot een regionale tafel die op basis van gelijkwaardigheid, gezamenlijk en duurzaam stuurt op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning.

## 5.2 Sturingsinstrumenten governance

Een regionale tafel heeft verschillende instrumenten tot haar beschikking om te sturen op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Deze zijn te onderscheiden in governance en financiële sturingsinstrumenten en kunnen verschillen afhankelijk van het stadium waarin een beoogde regionale tafel zich bevindt. Hier enkele opties ten aanzien van de governance.

### **Gezamenlijke afstemming en besluitvorming**

Een van de belangrijkste instrumenten ten aanzien van de governance is dat de afstemming en besluitvorming binnen een regionale tafel gezamenlijk plaats vindt waarbij de stemverhoudingen gelijkwaardig zijn verdeeld over het sociaal en medisch domein. Welke partijen zitten dan aan tafel? Dit zijn bestuurders van zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders van zorg en sociaal werk. En wat heel belangrijk wordt geacht, is dat een vertegenwoordiging van inwoners aan tafel zit. Welke partijen dan precies aan tafel zitten is aan de regio om te bepalen en is mede afhankelijk van de gemeenschappelijk opgave.

Partijen die aan een regionale tafel deelnemen, moeten het samen eens worden over de regionale opgaven, over wat wordt opgepakt en waar middelen aan worden besteed. Dit op basis van een gemeenschappelijk kader en een aantal uitgangspunten waarlangs besluiten worden genomen. Dit gemeenschappelijk kader is een nadere uitwerking van de regionale opgave: duurzaam bijdragen aan gezonde samenleving en zorgzame gemeenschappen; uitgaan van wat inwoners willen; om impact te maken is domeinoverstijgende samenwerking noodzakelijk. Maar bovenal moet het kader ruimte bieden om te innoveren. Dus niet vooraf eisen stellen ten aanzien van een sluitende business case en KPI's. Maar wel dat partijen aannemelijk moeten maken aan een regionale tafel dat een initiatief de potentie heeft om domeinoverstijgend impact te realiseren.

Om te voorkomen dat een regionale tafel in een Poolse landdag verzandt, vindt een versnelling van de oplossingen en plannen plaats in kleinere groepen. Voor het daadwerkelijk oppakken van zaken is het vaak niet nodig dat alle partijen daaraan deelnemen. Bovendien zit de energie van partijen vaak op het werken aan concrete vraagstukken. Om de energie van partijen te behouden en te benutten is het werken in kleinere groepen raadzaam. In het professioneel beraad is dit omschreven als 'think big, start small'. Dus wel een common ground creëren ten aanzien van de regionale opgave en gemeenschappelijke agenda. Maar voor de echte verandering gelegenheidscoalities formeren.

### **Vertegenwoordiging en mandatering**

Het is niet te doen om alle partijen uit het sociaal en medisch domein aan een regionale tafel te laten deelnemen. Er zal dan ook gewerkt moeten worden met een vertegenwoordiging van partijen. Om te voorkomen dat de vertegenwoordigende partij voor ieder besluit terug moet naar de gehele achterban, dient deze over enig mandaat te beschikken om te spreken en te beslissen namens de achterban. Dit is ook van belang voor de opvolging van de afspraken die worden gemaakt.

In bestaande overlegstructuren vormen de vertegenwoordiging en mandatering belangrijke struikelblokken omdat dit lastig te organiseren is. Vaak is de governance nog niet zo volgroeid dat hier sprake van is. Bij gemeenten speelt dit een rol als gevolg van de lokale democratische legitimiteit van besluiten. In de governance behoren dan ook duidelijke afspraken gemaakt te worden over wat er naar de afzonderlijke gemeenteraden gaat en welk mandaat een regionale tafel heeft. Een mogelijkheid is dat de afzonderlijke gemeenteraden een akkoord geven op een werkagenda en uitvoeringsplan en dat besluitvorming over nadere uitwerking genomen wordt door een regionale tafel. Dit kan worden geformaliseerd in een gemeenschappelijke regeling. Het is in

ieder geval van belang een werkbare en constructieve balans te vinden tussen de lokale democratische legitimiteit en de regionale opgave.

Ten aanzien van aanbieders uit het sociaal en medisch domein kan gestuurd worden op vertegenwoordiging door hier bij de inkoop en contractering afspraken over te maken. Bijvoorbeeld dat een organisatie als vertegenwoordigende partij optreedt. Of dat in contractafspraken wordt opgenomen dat een organisatie actief moet bijdragen aan regionale samenwerking. Of dat er opvolging wordt gegeven aan gemaakte afspraken. Bijvoorbeeld dat huisartsen gaan werken met een sociaal werker in het kader van sociaal verwijzen.

### **Leercyclus**

Bij transformeren is vaak de richting wel duidelijk waar naar toe wordt gewerkt. Maar veelal niet hoe dat er precies gaat uitzien en hoe men daar komt. Het is van belang om periodiek te reflecteren op wat er goed gaat, wat beter kan, wat er is bereikt en wat de vervolgstappen zijn. Dit kan worden geborgd door het inrichten én bestendigen van een leercyclus met regelmatige reflectiemomenten en het ontwikkelen van een informatie-infrastructuur.

## **5.4 Sturingsinstrumenten financieel**

### **Comfort bieden**

Aangegeven wordt dat het van belang is om betrokken partijen een bepaalde mate van comfort te bieden. Bij het doorbreken van patronen, innoveren en transformeren gaat het niet alleen om het verder brengen van een initiatief maar ook om het anders organiseren en opbouwen van een ander systeem. Hiervoor is een langetermijnperspectief essentieel. Dan moeten betrokken partijen zo'n 10 jaar vooruit kunnen kijken en erop vertrouwen dat er continuïteit is in beleid en dat financiering gegarandeerd is. Als er sprake is van beleidsplannen en financiering voor twee jaar worstelen partijen steeds met de vraag: Wat daarna? Hierdoor trappen zij op de rem. Deze rem moet eraf en dat kan door partijen een langetermijnperspectief te bieden.

Het opbouwen van een nieuw systeem betekent ook dat het oude systeem beëindigd moet worden. Dit gaat pijn doen omdat sommige partijen op een andere manier moeten gaan werken of omdat zij inkomsten kwijtraken doordat bijvoorbeeld de instroom afneemt. Het pleidooi is om een strategie op te zetten waarbij partijen enig comfort geboden wordt in het afbouwen. Dit analoog aan het principe van een annuïteitenhypotheek. Dus niet ineens geen financiering meer krijgen vanaf een bepaald moment. Maar in een bepaald tijdsbestek langzaam maar gestaag financiering omzetten en passend maken voor de beoogde situatie. Dit biedt de mogelijkheid voor partijen om zich te zetten naar de nieuwe situatie en daar naartoe te groeien.

### **Toekennen financiële middelen**

De algehele gedachte is dat een regionale tafel de bevoegdheid heeft om te bepalen wat er nodig is om de regionale opgave te kunnen realiseren en waar middelen aan worden besteed. Met inkoop en contractering kan gestalte worden gegeven aan bindende afspraken.

Idealiter kan door een beoogde regionale tafel niet alleen tijdelijke financiële middelen worden toegekend maar kunnen zij ook beschikken over structurele financiële middelen. Het professioneel beraad is een voorstander van een duurzaam regiobudget dat beheerd wordt door de regionale tafel. Dit regiobudget komt op macroniveau tot stand door het inleggen van een bepaald percentage vanuit de Wlz, Zvw en Wmo en wordt vervolgens landelijk verdeeld over de regio's. Ook is gesproken over een revolverend fonds. Een andere optie voor duurzame financiering is het



verruimen van de mogelijkheid van zorgverzekeraars om domeinoverstijgende zorg en ondersteuning in te kopen, mits er sprake is van een gelijkwaardige besluitvorming. Dit alles is op dit moment nog niet mogelijk in de praktijk omdat hiervoor een aanpassing van de wet- en regelgeving noodzakelijk is die een fundamentele wijziging van het stelsel met zich meebrengt.

Daar staat tegenover dat er *binnen* het huidige systeem een beoogde regionale tafel kan beschikken over financiële sturingsinstrumenten. Deze zijn onder meer:

- Het creëren van een regio-portemonnee. Partijen aan een regionale tafel leggen zelf geld in een gezamenlijke pot voor het toekennen van financiële middelen. Dit kan een percentage naar rato van bijvoorbeeld de omzet zijn. Dit vereist wel veel commitment en een gedragen gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken partijen.
- Plus-inkoop. Bij plus-inkoop worden er hogere tarieven afgesproken voor de reguliere, tot de kerntaak behorende zorg en ondersteuning zodat het hogere deel kan worden besteed aan het financieren van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Het gaat hierbij wel om maatwerkafspraken tussen partijen en zorgverzekeraars.
- Kruis-inkoop op basis van een business case. Als er sprake is van een sluitende business case heeft een zorgverzekeraar de mogelijkheid om domeinoverstijgende zorg en ondersteuning in te kopen. Al eerder is aangegeven dat het opstellen van een sluitende business case lastig is als het gaat om domeinoverstijgende zorg en ondersteuning.

## 6. Rol landelijke partijen

**Wat wordt de rol van landelijke partijen ten aanzien van de beoogde regionale tafels die sturen op het versterken van de samenwerking tussen sociaal en medisch domein en domeinoverstijgende samenwerking? Op basis van het professioneel beraad zijn daar enkele uitgangspunten voor geformuleerd.**

Onder de landelijke partijen verstaan we allereerst de Rijksoverheid met als betrokken ministeries VWS en BZK. Daarnaast zien we voor betrokken landelijke (koepel)organisaties een belangrijke rol weggelegd. Het gaat hierbij met name om VNG en ZN. Maar ook organisaties zoals de NZa en ZonMw. Deze partijen kunnen verschillende rollen op zich nemen. Dit loopt uiteen van normeren en verplichten tot aan faciliteren en creëren van randvoorwaarden, tot aan inspireren met en stimuleren van kennisdeling en onderling leren.

### 6.1 Regionaal proces optimaliseren

Analoog aan de wijze waarop vanuit het professioneel beraad gedacht wordt over domeinoverstijgende sturing door een regionale tafel, wordt ook de rol van de Rijksoverheid gezien als een optimaliserende rol die aansluit bij de ontwikkelstadia van de beoogde regionale tafels. Ook nu weer: *niet* opleggen en een blauwdruk opdringen aan alle regio's. Dit vanuit het besef dat er regionale verschillen zijn en dat iedere regio zich op haar eigen tempo door de verschillende stadia heen beweegt. Wanneer hier geen rekening mee wordt gehouden zal dat uiteindelijk averechts werken. De rol van de Rijksoverheid richt zich dan ook op procesoptimalisatie opdat de regio's en de verschillende tafels zich kunnen doorontwikkelen tot een beoogde regionale tafel.

#### Verplichting tot bestuurlijke afspraken

Het fundament hiervoor is een verplichting aan de regio's om op een duurzame wijze samen te werken en te komen tot bestuurlijke afspraken ten aanzien van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Het is aan de regio's zelf om te bepalen welke samenwerkingsvorm zij daarvoor willen aannemen. Het is aan het Rijk om te zien of de samenwerking tot stand komt en daarop te handhaven.

Een verplichting tot samenwerking is niet iets nieuws. Een dergelijke verplichting zien we ook terug als het gaat om passend onderwijs. Samenwerkingsverbanden onderwijs en gemeenten dienen hun beleidsplannen af te stemmen met elkaar om ervoor te zorgen dat professionals goed met elkaar samenwerken en jongeren de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Samenwerkingsverbanden onderwijs en gemeenten voeren daarom een Op Overeenstemming Gericht Overleg (OOGO). Het is aan de betrokken partijen zelf om te bepalen hoe zij dat OOGO vormgeven. Iets soortgelijks doet zich voor bij de prestatieafspraken die woningcorporaties, gemeenten en huurdersorganisaties jaarlijks met elkaar behoren te maken vanuit de Woningwet. Prestatieafspraken zijn een vrijwillige, maar niet vrijblijvende overeenkomst vanuit de gedachte dat samenwerking nodig is om de volkshuisvestingsdoelen te bereiken.

Nu kennen het OOGO en de verplichting tot prestatieafspraken een wettelijke grondslag in respectievelijk de Wet op Passend Onderwijs en de Woningwet. In de brede reflectiesessie met vertegenwoordigers van BZK, ZonMW en VWS werd aangegeven dat er ook in de Wmo een wettelijke verankering tot samenwerking is opgenomen<sup>3</sup>. Er is alleen nooit nader invulling gegeven aan deze verplichting in de Wmo en/of er is daar nooit op gehandhaafd. In het kader van optimaliseren van domeinoverstijgende sturing is het wenselijk om te verkennen of en op welke wijze deze wettelijke verankering de grondslag kan zijn voor een verplichting om op regionaal niveau te komen tot bestuurlijke afspraken over domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Belangrijke vraag hierbij is in hoeverre er in de Zvw en Wlz een bepaling tot samenwerking moet worden opgenomen.

Hoewel het van belang is dat deze verplichting niet voorschrijft hoe partijen in de regio met elkaar moeten samenwerken, dienen er wel voorwaarden aan verbonden te worden. Zodat wordt voldaan aan de waarden en uitgangspunten van domeinoverstijgende sturing zoals gelijkgerichtheid en gelijkwaardigheid.

### **Bieden van ruimte aan samenwerking**

De verplichting tot samenwerking brengt voor de Rijksoverheid met zich mee dat zij hier dan wel op behoort toe te zien en deze te monitoren. Door de samenwerking te monitoren kan het Rijk ruimte bieden aan de regionale samenwerking die past bij het stadium van een regionale tafel. Dit kan bijvoorbeeld door in regio's waarin er sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid en gelijkgerichtheid, bijvoorbeeld domeinoverstijgende financiering te faciliteren. De algehele gedachte is dat als er in een regio steeds meer sprake is van een stevige organisatiegraad met een duidelijke governancestructuur, er meer ruimte en (financiële) sturingsinstrumenten geboden kan worden vanuit het Rijk. Dit vraagt dan wel de bereidheid van de Rijksoverheid om te differentiëren tussen regio's.

## **6.2 Beleidsinstrumenten landelijk niveau**

Welke mogelijkheden zijn er op landelijk niveau nog meer om domeinoverstijgende zorg en ondersteuning én het proces van domeinoverstijgende sturing door de regionale tafels te optimaliseren? Hieronder enkele beleidsinstrumenten dan wel opties.

### **Van tijdelijke IZA-tafels naar duurzame regionale tafels**

Vanuit het professioneel beraad is duidelijk aangegeven dat er geen behoefte is aan een nieuw en extra gremium dat zich buigt over de zorg en ondersteuning aan inwoners. Daarnaast is het professioneel beraad een voorstander van een overlegtafel op regionaal niveau. Om patronen te kunnen doorbreken en te komen tot innovaties en de beoogde transformatie is een bovengemeentelijk niveau vereist. Vanuit dit perspectief is aangegeven dat het beste kan worden aangesloten bij de IZA-tafels. Hoewel zij veelal nog niet optimaal werken en in ontwikkeling zijn, zijn het al wel regionale overlegstructuren waar het sociaal en medisch domein aan deelnemen en richten ze zich op het versterken van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning.

Het is zaak om op landelijk niveau deze tijdelijke IZA tafels te borgen naar duurzame regionale tafels. Naast het bestendigen van de IZA-tafels, dienen zij ook doorontwikkeld te worden zodat zij tegemoetkomen aan de uitgangspunten van een regionale tafel zoals we die beschrijven in deze

---

<sup>3</sup> Wmo, artikel 2.1.2, eerste lid en artikel 2.6.1, zesde lid.

rapportage. Hierbij gelden onder andere gelijkwaardigheid en structurele financiering als belangrijke uitgangspunten. Ook het bieden van een langetermijnperspectief aan partijen uit sociaal en medisch domein is volgens het professioneel beraad van groot belang voor de transformatie van de zorg.

Helpend kan zijn om middelen ter beschikking te stellen voor het inrichten van een ondersteuningsstructuur voor een regionale tafel en voor een governancestructuur in de zin van vertegenwoordiging van partijen. Deze structuren richten zich onder meer op het ondersteunen van gemeenten om ervoor te zorgen dat zij inhoudelijk de regie kunnen voeren op regionale domeinoverstijgende opgaven. Maar ook op het organiseren en borgen van de overleggen, plannen en afspraken, alsmede het aangaan van de verbinding met andere regio's en het landelijk niveau.

### **Leerinfrastructuur sturing**

Een van de aanbevelingen van de verkenning Samenwerking sociaal en medisch domein (Hilhorst & Van den Wijngaart, maart 2024) was het inrichten van een kennisinfrastructuur ten aanzien van werkzame domeinoverstijgende interventies dan wel initiatieven. Dit omdat er in het land veel dingen gebeuren op het gebied van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning en het versterken van de samenwerking tussen sociaal en medisch domein. Maar de opschaling en landelijke implementatie van die initiatieven die werkzaam of succesvol zijn, blijft achterwege.

Ook ten aanzien van domeinoverstijgende sturing en de governance hiervan gebeurt er veel. Kijk alleen maar naar alle IZA-tafels. Maar ook naar alle andere voorbeelden van samenwerkingsverbanden en/of overlegstructuren. Om regio's en de beoogde regionale tafels verder te brengen is het van belang om zichtbaar te maken hoe andere regio's hun wijze van sturen en de daarbij horende governance en sturingsinstrumenten hebben ingericht. Dat gebeurt nu te weinig. Het is aan landelijke partijen om werk te maken van kennisdeling en de uitrol van diverse sturingsmogelijkheden. Interessant is om bijvoorbeeld te onderzoeken wat de ervaringen zijn van regio's die werken met een regioportemonnee en/of gemeenschappelijke regeling.

Het gaat hierbij om als regio's onderling te leren van elkaar zodat goede praktijkvoorbeelden van sturingsinstrumenten ook verder gebracht kunnen worden. Naast kennisdeling vormt implementatie een belangrijk doel van de leerinfrastructuur. Een leernetwerk van regionale tafels wordt wenselijk geacht. Aansluiting bij het landelijk netwerk van de voorzitters van de IZA-tafels zou hiervoor een mooi vertrekpunt zijn.

### **Wegnemen belemmeringen landelijk**

Net zoals een regionale tafel een escalatieroute biedt aan domeinoverstijgende initiatieven om een doorbaak te forceren en om patronen te doorbreken, behoort er op landelijk niveau te worden voorzien in een escalatieroute voor de regionale tafels. Ook zij zullen tegen belemmeringen aanlopen die niet op regionaal niveau op te lossen zijn. Of die niet beperkt blijven tot enkele regio's. Dan is het zaak dat er een route is waar de regionale tafels deze belemmeringen kunnen adresseren en waar er gezocht kan worden naar oplossingen.

Het is van belang dat deze escalatieroute zo laagdrempelig mogelijk wordt ingericht. Naar voorbeeld van het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid wordt gepleit voor landelijke vertegenwoordigers die verbonden zijn aan één of meerdere regionale tafels. Deze personen vertegenwoordigen op hoogambtelijk of bestuurlijk niveau alle betrokken ministeries en landelijke partijen zoals VNG en ZN én zijn in staat om systeemknelpunten landelijk aan te kaarten. Voordeel is dat het voor de regionale tafels vaste gezichten zijn waardoor zij weten bij wie ze moeten zijn om een belemmering te adresseren.

Verder wordt aangegeven door het professioneel beraad dat er op landelijk niveau een werkagenda dient te worden opgesteld voor het oppakken van landelijke randvoorwaarden. Duurzame domeinoverstijgende financiering is er hier zeker een van. Maar hierbij valt ook te denken aan het faciliteren van een andere manier van toezicht houden en verantwoorden die past bij de waarden van een regionale tafel zoals 'samenwerken boven concurrentie'.

### **Expertise business cases**

Binnen het huidige systeem is (tijdelijke) financiering van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning vaak mogelijk als daar een sluitende business case onder ligt. Op voorhand dient aangetoond te worden dat het initiatief bewezen effectief is en een besparing oplevert. Voor domeinoverstijgende initiatieven is dit veelal niet mogelijk omdat er enerzijds nog geen zicht is op de effectiviteit en daarmee de baten van het initiatief. Vaak gaat het om een innovatieve werkwijze of zijn resultaten pas na langere tijd zichtbaar. Anderzijds omdat het de betrokken partijen uit het sociaal domein aan kennis, capaciteit en middelen ontbreekt om een business case op te stellen die voldoet aan de gestelde eisen die voortkomen uit het medisch domein.

Binnen de grenzen van het huidige systeem kan domeinoverstijgende zorg en ondersteuning worden versterkt door op landelijk niveau te voorzien in de benodigde expertise voor het opstellen van business cases. Hierbij valt te denken aan het samenbrengen van kennis rondom business cases, aan delen van praktijkvoorbeelden en het geven van workshops. Maar ook aan het bieden van concrete ondersteuning – handjes – bij het schrijven en opstellen van de benodigde documenten. Dit kan in aansluiting het investeringsmodel preventie dat momenteel door VWS wordt ontwikkeld.

Daarnaast zou op landelijk niveau de discussie gestart kunnen worden in hoeverre bestaande regels rondom inkoop en toekenning van middelen aanpassing behoeven om innovatie en transformatie te stimuleren. Het is van belang de brug te staan tussen de dominante focus van het medisch domein op evidence-based interventies en outputindicatoren, en de methodiek binnen het sociaal domein dat zich richt op practice-based interventies en outcome-indicatoren.

# 7. Slotbeschouwing

**In deze slotbeschouwing zetten we de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen ten aanzien van de huidige praktijk en gewenste toekomst rondom domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal en medisch domein op een rij.**

Gelet op de toekomstige ontwikkelingen zoals de vergrijzing en de druk op de houdbaarheid van de zorg is het van belang dat het sociaal en medisch domein met elkaar gaan samenwerken en komen tot domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. In de praktijk komt deze domeinoverstijgende samenwerking nog onvoldoende tot stand, mede doordat regie en sturing op deze samenwerking nergens is belegd. Dat maakt dat de initiatieven die op dit moment al vormgeven aan die samenwerking, aan het pionieren zijn in niemandsland. De vraag is hoe partijen duurzaam en op basis van gelijkwaardigheid kunnen komen tot structurele en bindende afspraken over domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Hierover is met verschillende experts in de interviews en het professioneel beraad gesproken en over nagedacht. In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste bevindingen en komen we tot enkele aanbevelingen.

De bevindingen en aanbevelingen geven geen blauwdruk voor hoe de sturing op domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal en medisch domein precies moet worden vormgegeven. Maar zij geven wel een richting aan. En ze bieden handvatten om op regionaal en landelijk niveau te experimenteren met sturingsinstrumenten. Dit experimenteren zal schuren met de stelsels zoals die nu bestaan voor de Zvw, de Wlz en de Wmo. Daarom is het belangrijk om ook te leren van deze experimenten.

## 7.1 Het sociaal domein aan tafel

Op de eerste plaats was het doel van deze opdracht om meer zicht te krijgen op de aansluiting van het sociaal domein op regionale (bestuurlijke) overlegtafels en/of samenwerkingsverbanden. We kunnen vaststellen dat het sociaal domein doorgaans deelneemt aan de overlegtafels en/of samenwerkingsverbanden die zich richten op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd hebben we vastgesteld dat het sociaal domein aan deze overlegtafels en/of samenwerkingsverbanden geen gelijkwaardige positie inneemt. Dit omdat het medisch domein dominant is binnen deze overlegstructuren en het sociaal domein zich nog niet goed weet te organiseren. Hierdoor mist zij slagkracht en zijn gemeenten bestuurlijk onvoldoende in staat om inhoudelijk de regie te voeren op regionaal niveau.

Dit valt mede te verklaren doordat het sociaal domein is aangehaakt op bestaande overlegstructuren van partijen uit het medisch domein. In het kader van de houdbaarheid, toegankelijkheid en de benodigde transformatie van de zorg zijn gemeenten en/of sociaalwerkorganisaties uitgenodigd om aan te sluiten. De doelstellingen, processen en voorwaarden zijn bij deze bestaande overlegstructuren ingericht vanuit de zorg. De ervaring met de IZA regio's leert dat deze onvoldoende aansluiten bij het sociaal domein en zelfs belemmerend werken als het gaat om domeinoverstijgende sturing. Wat betreft de IZA regio's zijn er oplossingen gekomen: partijen uit het sociaal domein worden meer betrokken bij de landelijke tafels en

gemeenten zijn mede-beoordelaar van transformatieplannen die zich richten op het sociaal domein. Tegelijkertijd blijven de problemen bestaan ten aanzien van de business case waarbij de benodigde bewijslast in overeenstemming is met de methodiek van de zorgverzekeraars. En die komt niet overeen met de impactmetingen die gangbaar zijn binnen het sociaal domein. Vanuit het medisch domein wordt vooral uitgegaan van evidence-based interventies en outputindicatoren. In het sociaal domein zijn practice-based werken en outcome-indicatoren veel meer het uitgangspunt. We willen er dan ook voor pleiten om in de beoogde AZWA-regio's de processen en methodieken veel meer in te richten vanuit beide domeinen.

Bovendien zal het beoogde AZWA naar verwachting de positie van het sociaal domein versterken. Toch zal ook dan domeinoverstijgende samenwerking, financiering en afspraken maken ingewikkeld blijven. Het is van belang dat zorgpartijen in de samenwerking met het sociaal domein meer responsief zijn aan de democratische legitimiteit van de besluitvorming van gemeenten. Daarnaast dienen gemeenten als relatief nieuw – in vergelijking tot zorgverzekeraars en zorgkantoren - bestuurlijk orgaan als het gaat om de inrichting van zorg en ondersteuning aan mensen met een hulpvraag, veel meer 'op vlieghoogte' te komen. Zo kunnen zij op regionaal niveau echt inhoudelijk sturen en de regie voeren. Een ondersteuningsstructuur per regio zou hierbij helpend kunnen zijn.

## 7.2 Voorwaarden passende governance

Naast de aansluiting van het sociaal domein op regionale (bestuurlijke) overlegtafels en/of samenwerkingsverbanden hebben we met de experts van het professioneel beraad uitvoerig stil gestaan bij de inrichting van de domeinoverstijgende sturing op regionaal niveau en aan welke voorwaarden deze moet voldoen.

### Een regionale tafel

In de huidige praktijk ervaren initiatieven die werken op het grensvlak van het sociaal en medisch domein dat ze met de wind tegen werken. Ze moeten knokken tegen organisatorische en financiële belemmeringen. En ze lopen aan tegen de verschillen die er zijn in mensbeelden tussen de twee domeinen. Het is zaak om een context te creëren waarin initiatieven juist de wind mee krijgen. Het professioneel beraad ziet hiervoor een rol weggelegd voor een zogeheten regionale tafel. Een regionale tafel die domeinoverstijgend impact weet te realiseren door het doorbreken van patronen en het aanjagen van innovaties. En die in een escalatieroute voorziet als partijen er samen niet uitkomen. In het professioneel beraad noemen we dit begeleidende sturing.

De sturing vanuit deze regionale tafel kent een aantal uitgangspunten:

- **Gelijkgerichtheid.** Er is sprake van een gedragen en gemeenschappelijk beeld over de regionale opgave. Deze opgave heeft betrekking op domeinoverstijgend impact maken, het versterken van een gezonde samenleving en aansluiten bij wat er in de samenleving en wijken gebeurt en nodig is (bottom-up).
- **Gelijkwaardigheid.** Er is sprake van een optimale participatie van partijen uit het sociaal en medisch domein en van bewoners. Bewoners zitten aan tafel en partijen uit het sociaal en medisch domein zijn evenredig vertegenwoordigd. Afstemming en besluitvorming vinden gezamenlijk plaats en de stemverhoudingen zijn gelijkwaardig verdeeld.
- **Samenwerking boven concurrentie.** Partijen weten over hun eigen schaduw heen te stappen en stellen de gezamenlijke opgave en samenwerking voorop. Het bijdragen aan de gezamenlijke opgave en samenwerking wordt het vertrekpunt. Ook in relatie tot de verantwoording en het houden van toezicht.

- Sturen vanuit vertrouwen, maar niet vrijblijvend. De focus ligt niet op controleren en beheersen. Sturing vindt dan ook plaats op basis van een beperkt toetsingskader dat ruimte biedt aan vernieuwingen. Afspraken die gezamenlijk worden gemaakt zijn niet vrijblijvend. Een regionale tafel is in staat om afspraken te formaliseren en te komen tot bindende afspraken.

Het vanuit vertrouwen faciliteren van domeinoverstijgende samenwerking door het maken van bindende afspraken met partijen lijkt tegenstrijdig aan elkaar, maar is het niet. Waar het om gaat is dat partijen in gezamenlijkheid komen tot een aantal afspraken over de regionale opgave en de wijze waarop partijen deze willen gaan realiseren. Vervolgens dienen partijen de gemaakte afspraken wel na te leven en daar opvolging aan te geven. Als bijvoorbeeld besloten wordt dat een bepaalde methodiek de nieuwe routine moet worden dan is het ook de bedoeling dat alle betrokken organisaties en professionals hieraan meewerken. De term 'bindend' bezien we dan ook veel meer als het houden van partijen aan de afspraken die samen zijn vastgesteld.

### **Mandaat**

Voor het kunnen maken van bindende afspraken die ook worden nagekomen, is het nodig dat de partijen die deelnemen aan een regionale tafel een mandaat hebben van hun achterban. Het is ondoenlijk om alle partijen uit het sociaal en medisch domein te laten deelnemen aan een regionale tafel. Daarvoor zijn er simpelweg te veel organisaties. Er dient dan ook gewerkt te worden met een beperkt aantal vertegenwoordigende partijen die spreken met één stem namens de achterban. Gemeenten en sociaalwerkorganisaties hebben zich vooralsnog onvoldoende georganiseerd opdat een partij met enige vorm van mandaat kan optreden als vertegenwoordiger aan de overlegtafel.

Als een regio meerdere gemeenten omvat, dan is het wenselijk dat zij onderling een werkwijze afspreken om op regionaal niveau tot bindende afspraken te kunnen komen. Dit roept wel enige vragen op. Gemeenten zijn immers een zelfstandige bestuurslaag met een eigen democratische legitimiteit. Daarbij is ervoor gekozen om de verantwoordelijkheid voor de wettelijke taken in het sociaal domein bij gemeenten te beleggen, als meest passende bestuurslaag. Toch is het wel noodzakelijk om van gemeenten te vragen te komen tot een passende afstemmings- en governancestructuur voor regionale domeinoverstijgende opgaven. Regio's staan het daarbij vrij om zelf de intensiteit van hun samenwerking te kiezen. Het is zaak om een balans te vinden tussen democratische legitimiteit op lokaal niveau en opgaven die op regionaal niveau afstemming behoeven. Overigens is in het kader van IZA afgesproken dat gemeenten op regionaal niveau afspraken maken met zorgverzekeraars en andere partijen en daarvoor ook regionaal middelen ontvangen (SPUK IZA). Elke regio heeft daartoe een mandaatgemeente aangewezen. Het is raadzaam om deze mandaatstructuur door te ontwikkelen.

Het aandachtspunt van vertegenwoordiging en mandatering is overigens niet specifiek voor partijen uit het sociaal domein maar is ook van toepassing op partijen uit het medisch domein. Ook daar is het lastig om ervoor te zorgen dat alle partijen opvolging geven aan afspraken. En eigenlijk is dit aspect gerelateerd aan iedere vorm van samenwerking en besluitvorming waarbij vele partijen betrokken zijn. Wanneer we kijken naar zorgverzekeraars dan rijst de vraag of afstemming tussen zorgverzekeraars wel past bij het idee van concurrentie dat ten grondslag ligt aan het stelsel. Een term die hierbij veel is gebruikt is gelijkgerichtheid. Als een bepaalde werkwijze de nieuwe 'norm' wordt dan is het van belang dat alle partijen ook opvolging geven aan zo'n afspraak.

### **Schaalniveau**

In het professioneel beraad is er geen analyse gemaakt van het juiste schaalniveau voor het maken van domeinoverstijgende impact. Ook heeft het beraad zich niet gebogen over de vraag hoe de



regionale tafel kan worden geharmoniseerd met bestaande regio-indelingen. Om met name praktische redenen is gezegd dat aansluiting bij de IZA-regio's en de daarbij horende overlegtafels een goede mogelijkheid is. Vooral omdat nog een regionale overlegstructuur erbij totaal onwenselijk is. We geloven dat de suggesties voor verbetering van het sturen op domeinoverstijgende samenwerking relevant zijn voor alle overlegtafels, onafhankelijk van de grootte dan wel indeling van de regio.

Wel onderschrijven we het pleidooi van het professioneel beraad om een bestaande regionale bestuurlijke overlegtafel die zich al richt op domeinoverstijgende zorg en ondersteuning door te ontwikkelen tot een regionale tafel die voldoet aan de genoemde uitgangspunten. Hoe langer partijen met elkaar om tafel zitten, des te beter de samenwerking doorgaans zal verlopen. Het is dan ook raadzaam om aan te sluiten bij het ontwikkelingsstadium van een regio en diens route te faciliteren en stimuleren. Door de verschillende ontwikkelingsstadia van de regio's inzichtelijk te maken en door ook te zorgen voor een leernetwerk verwachten we dat regio's hun eigen doorontwikkeling ter harte nemen en oppakken.

### 7.3 Aanbevelingen

Tot slot was het de bedoeling om op basis van de opgedane inzichten aanbevelingen te formuleren voor het versterken van een duurzame en gelijkwaardige sturing ten aanzien van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Om te komen tot een optimale regionale governance voor domeinoverstijgende sturing is het van belang om in te zetten op zowel de zachte als de harde kant van (be)sturen. Met de zachte kant refereren we met name aan vertrouwen, gelijkgerichtheid en regionaal belang voorop kunnen stellen. Met de harde kant doelen we onder meer op het geheel van regels, verdeling van taken, rollen en verantwoordelijkheden, processen en financiering. We zien hierbij een rol weggelegd voor de Rijksoverheid en landelijke partijen die zich vooral kenmerkt door het optimaliseren van de doorontwikkeling van regio's tot een regionale tafel. Dit door te faciliteren, het organiseren van juiste randvoorwaarden, bieden van ruimte aan samenwerking, het monitoren van de samenwerking, het stimuleren van leren van elkaar en het verder brengen van goede praktijkvoorbeelden. En soms waar nodig te normeren door zaken te verplichten.

Dit alles vraagt enerzijds om een zorgvuldige strategische koers ten aanzien van de belemmeringen in het huidige stelsel. Anderzijds zijn er ook acties te benoemen die zich op tactisch niveau bevinden en/of op de kortere termijn kunnen worden opgepakt binnen het huidige stelsel. We realiseren ons dat er een spanning bestaat tussen het fundamentele karakter van de kritiek op het huidige stelsel in relatie tot het versterken van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning én de oplossingsrichtingen die we aandragen die passen binnen het huidige stelsel. Het valt echter buiten de scope van de opdracht om een nieuw stelsel te ontwerpen. Daarom is er ook gekeken naar mogelijkheden die niet leiden tot een grote wijziging van het stelsel.

Wij komen tot een aantal aanbevelingen om de sturing op de domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal en medisch te verbeteren:

1. Om domeinoverstijgend impact te realiseren en bij te dragen aan de transformatie van de zorg zijn bindende afspraken nodig door een regionale tafel zoals beoogd in deze rapportage. Ga na of er draagvlak is voor de gedachtenvorming over de beoogde regionale tafel en of deze ook haalbaar is.

Deze aanbeveling vraagt om een verander- c.q. ontwikkelstrategie voor de langere termijn. Concreet kunnen op basis van het professioneel beraad de volgende actiepunten worden onderscheiden:

- Bepaal welke bestaande (bestuurlijke) overlegstructuur passend is om uit te groeien naar de beoogde regionale tafel.
  - Verken nader of een verplichting aan de regio's om op een duurzame wijze samen te werken en te komen tot bestuurlijke afspraken ten aanzien van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning mogelijk is. En op welke wijze dit ingevuld kan worden.
  - Verken nader in hoeverre domeinoverstijgende financiële sturingsinstrumenten die structureel en op regionaal niveau ingezet kunnen worden, mogelijk zijn. Hierbij valt te denken aan een regiobudget dat op macroniveau tot stand komt. Het is zeer de moeite waard om na te gaan of dit ook in de vorm van revolverende middelen kan. Maar ook aan een strategie, analoog aan een annuïteitenhypotheek, waarbij over de lange(re) termijn de financiering aan aanbieders van zorg en sociaal werk passend wordt gemaakt aan de nieuwe situatie.
  - Ontwikkel een routekaart; een handreiking over hoe regio's kunnen komen tot een gedragen governancestructuur en bijbehorende sturingsinstrumenten.
  - Voorzie in een ondersteuningsstructuur voor regionale tafels.
2. Experimenteer met nieuwe beleidsinstrumenten om domeinoverstijgende initiatieven te stimuleren.

Om te zorgen dat initiatiefnemers ervaren dat ze wind mee hebben in plaats van de wind tegen, is het nodig om op regioniveau te experimenteren met nieuwe beleidsinstrumenten om die samenwerking te bevorderen.

Het kan daarbij gaan om experimentele vormen van financiering:

- Regio-portemonnee  
Instellingen leveren naar rato van hun omzet een bijdrage aan de regio-portemonnee. Met het geld uit deze regio-portemonnee kunnen vervolgens domeinoverstijgende werkwijzen worden gefinancierd. Bij succes kan dat ook een structurele financiering opleveren.
- Plus-inkoop  
Een zorgaanbieder kan met toestemming van zorgverzekeraars en/of zorgkantoor voor een geleverde dienst een hoger bedrag declareren onder voorwaarde dat dit extra bedrag wordt besteed aan activiteiten die domeinoverstijgend zijn en moeilijk reguliere financiering kunnen krijgen.
- Kruis-inkoop  
Een zorgverzekeraar kan uit eigen middelen activiteiten in het sociaal domein inkopen, waarvan de business case laat zien dat ze meer zorg uitsparen. Het Rijk kan dit ondersteunen door expertise ter beschikking te stellen om zulke business cases hard te maken.
- Domeinoverstijgend inkopen  
Voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen) kan een domeinoverstijgend aanbod worden ingekocht waarbij de middelen vanuit de zorg (Zvw en Wlz) en de middelen vanuit de gemeenten (Wmo) bij elkaar worden gelegd. Het professioneel beraad is van mening dat dit voor nu een onhaalbare kaart is, maar er kan wel worden geëxperimenteerd met stappen daarnaartoe.

Het kan ook gaan om het experimenteren met nieuwe vormen van contractering en organisatie:

- Heldere escalatieroute  
Op de regionale tafel kunnen partijen met elkaar de afspraak maken dat bottlenecks in de uitvoering van domeinoverstijgende initiatieven geagendeerd kunnen worden op de regionale

tafel. Het is vervolgens aan de partijen op de regionale tafel om daar doorbraken voor te realiseren.

- Bij inkoop mandatering voor regiotafel regelen  
Het is mogelijk om bij de inkoop binnen één domein als voorwaarde op te nemen dat aanbieders zich moeten laten vertegenwoordigen door een partij op de regionale tafel en de gemaakte afspraken moeten nakomen.
  - Domeinoverstijgende afstemming inkoop  
Het is mogelijk om op de regionale tafel de afstemming te organiseren van de inkoop voor specifieke groepen over de stelsels heen (bijvoorbeeld voor kwetsbare ouderen).
3. Organiseer een leerstructuur waarin regio's van elkaar kunnen leren

Als regio's (gaan) experimenteren met sturingsinstrumenten om de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein vaart te geven is het wenselijk dat de regio's ook leren van elkaars ervaringen. Hiervoor is het nodig een leergemeenschap te vormen van de regio's. Hiervoor hoeft niet een nieuwe structuur te worden gebouwd, maar kan gebruik worden gemaakt van bestaande overlegstructuren. Het gaat hierbij primair om het leren van het gebruik van sturingsinstrumenten die regio's inzetten.

4. Organiseer systeempleren in samenwerking tussen regio's en landelijk niveau

Als regio's experimenteren met nieuwe vormen van het stimuleren van samenwerking tussen het sociaal en medisch domein dan bevat dat ook lessen voor landelijke partijen. Als met plus-inkoop bijvoorbeeld successen worden behaald, kan dat aanleiding zijn om nieuwe betaaltitels te maken die dit formaliseren. Het kan ook zijn dat de regio's tegen belemmeringen aanlopen die alleen op landelijk niveau kunnen worden opgelost. Hiervoor is het nodig om een leerstructuur te organiseren waarin regio's systeemknelpunten kunnen agenderen voor een overleg met het Rijk en andere landelijke partijen.

# Bijlage - bronnen

## Publicaties

- AEF (2023). Regio-indelingen zorg en welzijn: een onderzoek naar congruentie, effectiviteit en legitimatie.
- Berenschot (2024). Leren van regionale samenwerkingsstructuren in ontwikkeling. Een impressie van aspecten en voorkomende varianten bij de inrichting van de regionale (IZA-) governance.
- Hilhorst, P. & M. van den Wijngaart (2024). Samenwerking sociaal en medisch domein. Een verkenning. In opdracht van VWS.
- Kamerbrief over Adviescommissie richtlijn passend bewijs preventie en stand van zaken investeringsmodel voor preventie. Van 8 april 2025.
- Knelpuntenanalyse & addendum – transformatiemiddelen zorg en sociaal domein, versie tbv BO IZA, 30 sept. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/documenten/publicaties/2024/5-b-knelpuntenanalyse-addendum-transformatiemiddelen-zorg-en-sociaal-domein-versie-tbv-bo-iza-30-sep-004.pdf>
- NVZ, ZN, VNG, NZa en VWS. Werkinstructie - wat gaan we anders doen? Samenwerken aan een gezonde zorg.
- Schuurmans, J., O. van der Woerd, R. Bal & I. Wallenburg. Regionalisering in de ouderenzorg. Een beleidssociologisch perspectief op grootschalige verandering. In *Beleid en Maatschappij*, 2022 (49). DOI: 10.5553/BenM/138900692022005001.
- Smelik, M., S. Hoekstra & B. Pluut (2024). Aan de slag met regionale governance. Hoe pak je dat aan & wat heb je te organiseren?
- Theissen, F., J. Westerbeek, T. Pham, S. Stikvoort, A. Duursma & D. van Groen (2020). Inventarisatie regionale samenwerkingsverbanden decentrale overheden 2020.
- Vooren, N. van (2024). The process of cross-sector collaboration for the health of local and regional populations. What works, why and in which context? Proefschrift Tilburg University. Ipskamp Printing.
- Wilt, A. van der, T. van de Vijver, N. Chin-A-Fat & M. van der Steen (2025). Richting geven. Over de verbouwing van het Haagse stelsel van jeugd- en gezinshulp. Den Haag: NSOB.

## Geïnterviewden

- Carlijn Ritzen, programmamanager Gezond en Gelukkig Den Haag
- Elise Hol, oprichter en manager Twentse Koers
- Enna Bongers, strategisch programmacoördinator sociaal domein, gemeente Leiden
- Floris Roijackers, projectleider regionale samenwerking bij NZa
- Geeske van Asperen, directeur-bestuurder bij Proscop
- Hans Peter Wittingen, adviseur bij Proscop
- Karen den Hertog, hoofd afdeling Gezond Leven bij gemeente Amsterdam
- Katinka Prince, huisarts VUmc en voorzitter Amsterdamse Huisartsen alliantie
- Aiko de Raaf, kwartiermaker Integraal Zorgakkoord
- Kees Ritsema van Eck, opgavemanager Zorgstelsels, Gemeente Den Haag
- Nicolette Piekaar, regioadviseur Zorg & Veiligheid bij het Platform Sociaal Domein

- Mieke Spaans, JOGG (Jongeren op gezond gewicht)
- Pauline Terwijn, voorzitter Raad van Bestuur bij Pantein Zorggroep
- Peter Bennemeer, voorzitter Zeeuwse Zorg Coalitie
- Thérèse Claassen, directeur Publieke Gezondheid bij GGD Hart voor Brabant
- Ton van Houten, voorzitter Raad van Bestuur bij Zorg en Zekerheid
- Yvonne van Duijnhoven, directeur Publieke Gezondheid en Welzijn, directeur GGD&GHOR Rotterdam-Rijnmond

## Experts professioneel beraad

- Audrey van Schaik, bestuurder en psychiater bij GGZ Rivierduinen (1, 3)
- Carlijn Ritzen, programmamanager Gezond en Gelukkig Den Haag (2, 3)
- Hetty Vlug, Strategisch adviseur bij gemeente Amsterdam (1, 3)
- Gea Vermeulen, directeur sociaal domein bij gemeente Almere (2)
- Geeske van Asperen, directeur-bestuurder bij Proscop (1, 3)
- Gon Mevis, directeur-bestuurder CONTOURdeTWERN (1, 3)
- Katinka Prince, huisarts VUmc en voorzitter Amsterdamse Huisartsen alliantie (1,2, 3)
- Lex Staal, directeur-bestuurder bij Sociaal Werk Nederland (1,2)
- Majorie de Been, onderzoeker bij Pharos (1,2, 3)
- Martijn van der Steen, bestuurslid en decaan bij Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) (2)
- Nicolette Piekaar, regioadviseur Zorg & Veiligheid bij het Platform Sociaal Domein (3)
- Ockje Tellegen, onafhankelijk voorzitter Bestuurlijke Alliantie (IZA) Rotterdam Capelle Krimpen (2, 3)
- Oemar van der Woerd, postdoctoral researcher Healthcare Governance bij Erasmus Universiteit (2, 3)
- Pauline Terwijn, voorzitter Raad van Bestuur bij Pantein Zorggroep (2)
- Thomas Plochg, directeur Federatie voor Gezondheid (1,2, 3)
- Tiemen Meijer, manager inkoop ouderenzorg Wlz bij Zilveren Kruis (1,2, 3)
- Willemijn van Damme, directeur Strategie & Innovatie bij Espria ledenvereniging (1, 3)

# think. do. connect.

**E:M+MA.**

Wijnhaven 88

2511 GA Den Haag

070 - 87 00 460

[info@emma.nl](mailto:info@emma.nl)

[www.emma.nl](http://www.emma.nl)

Volg ons op [Facebook](#), [Twitter](#) en [LinkedIn](#)

