

Samenwerking: een zorg

Frederieke Sedee

Een onderzoek naar de mogelijkheden voor het creëren van een samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met zorgverzekeraar Zilveren Kruis

Samenwerking: een zorg

Een onderzoek naar de mogelijkheden voor het creëren van een samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met zorgverzekeraar Zilveren Kruis

Frederieke Sedee
Studentnummer: 4091884
Datum: 29 juni 2018

Universiteit Utrecht
Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie
Departement Bestuurs- en Organisationswetenschappen (USBO)
Master Bestuur en Beleid

Eerste lezer: Harmen Binnema
Tweede lezer: Margo Trappenburg

Voorwoord

Geachte lezer,

Na een periode van bijna een half jaar hard werken, is het resultaat eindelijk daar. Voor u ligt mijn afstudeerscriptie voor de master Bestuur en Beleid aan de Universiteit Utrecht. Met het afronden van mijn scriptie zet ik tevens een punt achter vijf jaar lang studeren aan de Universiteit Utrecht. Gelukkig eindigt mijn studietijd hier nog niet, want het devies van mijn opa volgend om een leven lang te blijven leren, ben ik van plan om komend jaar een tweede master te gaan volgen aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. De onderzoekswereld, en dus ook jullie, zijn nog niet van mij af!

Deze scriptie gaat in op de mogelijkheden voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Om hierover een goed beeld te krijgen heb ik gesprekken gevoerd met verschillende betrokkenen en heb ik diverse literatuur en beleidsdocumenten geanalyseerd. Mijn interesse voor de maatschappij en sociale en bestuurlijke ontwikkelingen is de afgelopen jaren tijdens mijn bachelor Bestuurs- & Organisatiewetenschappen en master Bestuur en Beleid steeds verder toegenomen. Wanneer mij werd gevraagd een eigen onderwerp te kiezen voor het schrijven van een paper of het doen van onderzoek, koos ik bijna altijd een onderwerp met betrekking tot het sociaal domein, met name de kant van de zorg. Wellicht dat mijn belangstelling hierin is aangewakkerd door de medische interesse binnen mijn familie en de vele eettafelgesprekken bij mijn ouders thuis die over de zorg worden gevoerd. Het was voor mij dan ook bijna niet meer dan logisch om voor mijn masterscriptie onderzoek te doen naar een maatschappelijk probleem in de zorg.

Zoals gepast in een voorwoord, wil ik graag mijn dank uitspreken naar degenen die mijn scriptie mogelijk hebben gemaakt. Allereerst wil ik mijn contactpersoon Arthur Kocken vanuit de gemeente Nieuwegein bedanken voor zijn betrokkenheid, informatie en het benaderen van relevante contacten. Verder gaat mijn dank uit naar alle respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek en de tijd en moeite die zij hiervoor hebben vrijgemaakt. Daarnaast wil ik graag Harmen Binnema als begeleider en eerste lezer bedanken voor zijn kritische blik, het doen van suggesties en het geven van vertrouwen. Ook bedank ik Margo Trappenburg, als tweede lezer, voor haar waardevolle feedback die mijn scriptie naar een hoger niveau hebben getild. Tot slot wil ik graag mijn vriend(-en), moeder en broer bedanken voor het altijd willen meedenken en vooral speciale dank aan mijn vader voor de vele uren die hij in mijn scriptie heeft gestoken en alle komma's die hij op de juiste plek heeft gezet (mocht u nog een fout tegenkomen in de interpunctie, dan verwijs ik u graag naar hem door).

Hoewel ik stiekem blij ben dat ik weer wat tijd over heb voor andere leuke dingen, ben ik tot het eind toe geïnteresseerd gebleven in dit onderzoek. Daarnaast heb ik zelf ook veel geleerd.

Ik kan niet anders zeggen dan dat ik trots ben op het eindresultaat!

Rest mij alleen nog u veel plezier te wensen met het lezen van mijn scriptie.

Frederieke Sedee

Utrecht, juni 2018

Abstract

De gemeenten en zorgverzekeraar hebben allebei verantwoordelijkheden bij het leveren van de zorg en onderlinge afstemming is hierbij wenselijk om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van de zorg omhoog gaat. Daardoor blijven burgers namelijk langer gezond en hebben ze minder dure zorg nodig. Deze samenwerking blijkt echter niet altijd van de grond te komen. Ook de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist bemerken knelpunten wanneer zij een samenwerking met zorgverzekeraar Zilveren Kruis op willen zetten. Om te onderzoeken hoe deze samenwerking tot stand kan komen, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *‘Hoe kan de samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met zorgverzekeraar Zilveren Kruis gerealiseerd worden?’*

Met de beantwoording van deze hoofdvraag wordt beoogd om meer kennis te verkrijgen over de mogelijkheden en knelpunten die een rol spelen bij het creëren van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Dit kwalitatieve onderzoek probeert hierop een antwoord te vinden door middel van het analyseren van literatuur en beleidsdocumenten. Daarnaast is relevante data verworven door semigestructureerde interviews af te nemen met diverse respondenten die werkzaam zijn bij gemeenten, zorgverzekeraar, zorgaanbieder en andere (advies-)organisaties die zich eveneens bezig houden met deze samenwerking.

Uit dit onderzoek blijkt dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar veel voordelen met zich mee kan brengen, maar dat het lastig is om deze samenwerking te realiseren. Dit komt doordat gemeenten en zorgverzekeraar twee verschillende organisaties zijn waardoor zij te maken hebben met een andere manier van werken en andere belangen. Vooral door een gebrek aan transparantie over de mogelijkheden en knelpunten die de organisaties ervaren bij het creëren van de samenwerking, is het lastig om overeenstemming te bereiken op de onderwerpen waarop een samenwerking tot stand kan komen. De gemeenten blijken niet goed op de hoogte van het feit dat Zilveren Kruis wel bereid is om een samenwerking aan te gaan op onderwerpen die betrekking hebben op een andere manier van werken, maar dat hij terughoudend is om samenwerkingen aan te gaan die extra kosten met zich meebrengen. Zilveren Kruis heeft namelijk te maken met marktwerking en wil daardoor de premie en dus de zorgkosten zo laag mogelijk houden. De gemeenten zijn hier niet van op de hoogte en dragen samenwerkingsthema's aan die om financiële redenen worden afgekeurd. Hierdoor dreigen de gemeenten het vertrouwen te verliezen dat een samenwerking met Zilveren Kruis nog mogelijk is. Beide organisaties moeten dus transparant zijn over hun belangen, zodat duidelijk is wat ze van elkaar kunnen verwachten en op welke thema's een samenwerking mogelijk is.

Af en toe is Zilveren Kruis wel bereid om een investering te doen in een samenwerking. Hierbij is het van belang dat de gemeenten op regionaal niveau gezamenlijk een samenwerking aangaan met Zilveren Kruis. Daarnaast moet de samenwerking worden gezocht op thema's die een aanpassing van de werkwijze met zich meebrengen, of op thema's die aansluiten bij de pijlers van Zilveren Kruis. Tot slot wordt de kans op een samenwerking groter wanneer wordt ingespeeld op de prioriteiten waarmee de zorgverzekeraar te maken krijgt, zoals wetswijzigingen.

Naar aanleiding van deze conclusies worden vier concrete aanbevelingen gedaan aan de gemeenten en Zilveren Kruis om de mogelijkheden voor een samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met zorgverzekeraar Zilveren Kruis te vergroten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Abstract	6
1. Inleiding	12
1.1 Probleemstelling.....	12
1.1.1 Verkennende en theoretische onderzoeksvragen	13
1.1.2 Empirische onderzoeksvragen	13
1.2 Maatschappelijke relevantie	14
1.3 Wetenschappelijke relevantie.....	14
1.4 Leeswijzer	15
2. Veranderingen in de zorgsector	16
2.1 Decentralisatie in de zorg.....	16
2.2 Samenwerking in de zorg	17
2.3 Nieuwe schotten na decentralisatie van de zorg	18
2.3.1 Informatief schot.....	18
2.3.2 Financieel schot.....	18
2.4 Korte terugblik.....	19
3. Samenwerking.....	20
3.1 Toelichting van het begrip samenwerking	20
3.2 Redenen voor samenwerking.....	21
3.3 Voorwaarden voor een succesvolle samenwerking.....	22
3.3.1 Doel-overeenstemming.....	22
3.3.2 Helderheid taakverdeling en verantwoordelijkheden	23
3.3.3 Vertrouwen	23
3.3.4 Aantal deelnemers	24
3.4 Spanningen in samenwerking	24
3.4.1 Spanningsveld tussen effectiviteit en inclusiviteit	24
3.4.2 Spanningsveld tussen flexibiliteit en stabiliteit	24
3.4.3 Resumé.....	25
3.5 Schotten bij samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar	26
3.5.1 Informatief schot.....	26
3.5.2 Financieel schot.....	28
3.5.3 Sleutelpersonen in het overbruggen van schotten.....	29
3.6 Samenvatting en verwachtingen.....	30

4. Methodologie	32
4.1 Onderzoeksstrategie	32
4.1.1 Kwalitatief onderzoek.....	32
4.2 Algemeen ontwerp van het onderzoek.....	32
4.3 Case en respondenten selectie	33
4.3.1 Case selectie	33
4.3.2 Respondentenselectie	34
4.4 Operationalisering.....	36
4.5 Dataverzameling.....	37
4.5.1 Interviews	37
4.5.2 Documentanalyse.....	37
4.6 Data-analyse	38
4.7 Kwaliteitscriteria.....	38
4.7.1 Validiteit	39
4.7.2 Betrouwbaarheid.....	39
5. Bevindingen.....	40
5.1 Meerwaarde van de samenwerking.....	40
5.1.1 De meerwaarde voor de patiënt	40
5.1.2 De meerwaarde voor gemeenten en zorgverzekeraar	41
5.2 Knelpunten bij de samenwerking.....	43
5.2.1 Andere belangen en prioriteiten.....	43
5.2.2 Financiële prikkelwerking.....	45
5.2.3 Lastige communicatie.....	49
5.3 Best practice: de gemeente Utrecht	52
5.3.1 Het ergens anders toepassen van een best practice	52
5.3.2 Lessen vanuit de <i>best practice</i> voor Nieuwegein, Vianen en Zeist	53
5.4 Het vergroten van mogelijkheden voor de samenwerking.....	55
5.4.1 Regionale samenwerking vanuit de gemeenten	55
5.4.2 Doel-overeenstemming bereiken.....	56
5.4.3 De meerwaarde voor de zorgverzekeraar vergroten.....	57
6. Conclusie	59
6.1 De meerwaarde en de knelpunten van de samenwerking	59
6.2 Schotten in de zorg.....	60
6.3 Voorwaarden voor het realiseren van samenwerking.....	61

6.4 Mogelijkheden voor het realiseren van de samenwerking.....	62
7. Discussie	63
7.1 Focus van het onderzoek.....	63
7.2 Respondentenselectie	63
7.3 Validiteit en betrouwbaarheid	64
7.4 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	64
8. Aanbevelingen.....	66
8.1 Aanbevelingen aan de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist.....	66
8.2 Aanbevelingen aan de gemeenten en Zilveren Kruis.....	66
Literatuurlijst	68
Bijlage	75
I. Topic Lijst.....	75

1. Inleiding

Mevrouw Verwoerd uit Amersfoort is nog zeer vitaal en woont al jaren alleen. Haar twee kinderen wonen in het buitenland. Helaas heeft mevrouw Verwoerd beginnende dementie, waardoor ze al enkele malen is vergeten om haar maaltijd op te eten en te drinken. Wie regelt wat in de maaltijdvoorziening voor mevrouw? (Zilveren Kruis, 2016, p.26). Zowel de gemeente als de zorgverzekeraar hebben verantwoordelijkheden bij de maaltijdvoorziening van mevrouw Verwoerd. Op deze precieze verantwoordelijkheden zal in het volgende hoofdstuk verder worden ingegaan. Dit probleem van mevrouw Verwoerd is één van de vele voorbeelden waarin samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar gewenst is om de juiste zorg te kunnen leveren. De zorg die mevrouw Verwoerd in dit geval nodig heeft, vergt namelijk samenwerking tussen de gemeente en zorgverzekeraar. Uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP, 2018) blijkt dat de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar van groot belang is, maar veelal nog niet goed van de grond komt: *“De samenwerking, zeker tussen (kleine) gemeenten en zorgverzekeraars, loopt allerm minst soepel. Dat is van meet af aan een probleem. Drie op de tien gemeenten zijn van mening dat de afstemming met zorgverzekeraars slecht verloopt, zo blijkt uit het SCP-onderzoek. Zorgverzekeraars vinden het efficiënter en praktischer om te overleggen met grote gemeenten of samenwerkingsverbanden van gemeenten”* (Binnenlands Bestuur, 2018).

Het organiseren van een samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar is gemakkelijker gezegd dan gedaan. In de praktijk blijkt een aantal barrières te bestaan die ervoor zorgen dat gemeenten en zorgverzekeraars terughoudend zijn in het aangaan van een samenwerking. Daarnaast zijn er knelpunten die het functioneren van een dergelijke samenwerking in de weg zitten. Zo voert de zorgverzekeraar een zorgverzekering uit voor individuen, terwijl de gemeente alle burgers van de desbetreffende gemeente bedient. Bovendien zijn binnen één lokale gemeente meerdere zorgverzekeraars actief. En vice versa hebben de zorgverzekeraars te maken met meerdere gemeenten met ieder hun eigen aanpak (Zorgverzekeraars Nederland, 2015).

1.1 Probleemstelling

Een samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar is dus niet gemakkelijk te realiseren, maar de samenwerking kan wel lonen. Ook de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist bemerken diverse knelpunten in hun pogingen tot een samenwerking met zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Vandaar dat zij willen onderzoeken wat de mogelijkheden zijn voor een samenwerking tussen deze gemeenten met Zilveren Kruis. Een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is, zeker sinds de decentralisatie van de zorg, waardoor de zorg meer lokaal wordt geleverd, namelijk steeds vanzelfsprekender geworden om de gewenste zorg te kunnen leveren (Loketgezondleven.nl, 2017). Door een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar kan worden ingespeeld op veranderingen in de samenleving, zoals een groei van het aantal mensen met overgewicht en een toenemend aantal chronisch zieken en ouderen (Loketgezondleven.nl, 2017).

Tussen de cliëntgroepen van gemeenten enerzijds en van zorgverzekeraars anderzijds is sprake van veel overlap (Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), 2016, p. 4). Zo zijn gemeenten verantwoordelijk voor het leveren van de zorg die valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) de en de Jeugdwet en zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Door patiënten die vallen onder de Wmo en

de Jeugdwet de gewenste ondersteuning te bieden, kan voorkomen worden dat deze patiënten terecht komen in de Wlz en de Zvw (Movisie, 2016, pp. 24-25). Door samen te werken kan beter in beeld worden gebracht wat de behoeften zijn van de patiënt. Daarmee kan een passend product geleverd worden voor de patiënt en kan de zelfredzaamheid van burgers vergroot worden, waardoor zij langer thuis kunnen blijven wonen. Een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar leidt bovendien tot betere ondersteuning en dat zorgt voor lagere zorgkosten (VNG, 2016, p. 4).

Hoewel een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars voordelen met zich mee kan brengen, blijkt deze in de praktijk soms lastig van de grond te komen. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Hoe kan de samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met zorgverzekeraar Zilveren Kruis gerealiseerd worden?

Om bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van een *best practice*. In tegenstelling tot de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist is de samenwerking tussen de gemeente Utrecht met de zorgverzekeraar Zilveren Kruis namelijk wel van de grond gekomen. In het onderzoek zal gekeken worden waarom een samenwerking niet lukt in het geval van Nieuwegein, Vianen en Zeist, en waarom de samenwerking tussen gemeente Utrecht en Zilveren Kruis wel tot stand is gekomen. De keuze voor deze gemeenten en voor de zorgverzekeraar Zilveren Kruis zal in het methodologische hoofdstuk verder worden toegelicht.

1.1.1 Verkennende en theoretische onderzoeksvragen

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn verschillende deelvragen geformuleerd. Deze vormen de rode draad in het onderzoek. Met behulp van verkennende en theoretische vragen wordt nagegaan waarom de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar steeds vanzelfsprekender is geworden en welke veranderingen deze samenwerking met zich mee heeft gebracht bij het leveren van de zorg. Vervolgens wordt nagegaan wat precies wordt verstaan onder samenwerking en worden de voor- en nadelen voor invoering van de samenwerking onderzocht. Hierbij wordt tevens ingegaan op de mogelijkheden en spanningen van de samenwerking. Tot slot wordt vanuit de literatuur afgeleid hoe een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar in de zorg mogelijk is. Dit leidt tot de volgende vier deelvragen:

1. Hoe is het belang van samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar in de zorg ontstaan?
2. Welke veranderingen heeft de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar met zich meegebracht bij het leveren van de zorg?
3. Wat is samenwerking en wat is vanuit de literatuur bekend over de kosten en baten van samenwerking? En wat zijn de mogelijkheden voor en spanningen door deze samenwerking?
4. Hoe kan vanuit de literatuur gezien samenwerking in de zorg ontstaan?

1.1.2 Empirische onderzoeksvragen

De antwoorden van de verkennende en theoretische deelvragen, dienen als basis voor het empirische deel. De eerste empirische deelvraag onderzoekt wat de meerwaarde is van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar en waarom het van belang is dat deze samenwerking tot stand komt. Vervolgens wordt gekeken naar de redenen waarom het niet lukt om

de samenwerking te realiseren terwijl deze samenwerking wel gewenst is. De derde deelvraag onderzoekt waarom het wel gelukt is om een samenwerking tot stand te brengen tussen de gemeente Utrecht en Zilveren Kruis en welke lessen hieruit getrokken kunnen worden voor de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist. Tot slot wordt gekeken naar de mogelijkheden voor een samenwerking tussen de gemeenten en Zilveren Kruis, waaruit een aantal aanbevelingen voortvloeit.

1. Wat is de meerwaarde van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar?
2. Welke knelpunten spelen een rol bij het creëren van een dergelijke samenwerking?
3. Wat kenmerkt de samenwerking tussen gemeente Utrecht en Zilveren Kruis en welke lessen kunnen daaruit worden getrokken?
4. Hoe kunnen de mogelijkheden voor het tot stand brengen van een samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met Zilveren Kruis vergroot worden?

1.2 Maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant, omdat sinds de decentralisatie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) het belang van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar is toegenomen. Daarnaast is sprake van een groeiend aantal ouderen die steeds langer thuis wil blijven wonen. Hierdoor zal de samenwerking de komende jaren nog een belangrijk onderwerp blijven (NRC, 2018). Door beter samen te werken kan voorkomen worden dat patiënten last hebben van het feit dat de professionals die bij hen thuis komen deels betaald worden door de gemeente en deels door de zorgverzekeraar. Daarnaast kan door de samenwerking de zorg beter op elkaar worden afgestemd waardoor de kwaliteit omhoog gaat. Door betere zorg te leveren, kan voorkomen worden dat de klachten van patiënten verergeren, hetgeen voordelig is voor zowel de patiënt als de gemeenten en zorgverzekeraar, doordat de burgers langer gezond blijven en minder dure zorg nodig hebben. Toch blijkt in de praktijk een dergelijke samenwerking vaak nog niet van de grond te komen. In dit onderzoek wordt bekeken wat de mogelijkheden zijn voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar en hoe bestaande knelpunten overbrugd kunnen worden.

Bovendien wordt in dit onderzoek onderzocht op welke manier op regionaal niveau een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar kan ontstaan. Dit is van groot belang aangezien zorgverzekeraars het liefst met grote gemeenten of meerdere gemeenten samen een samenwerking aangaan vanwege het grotere aantal verzekerden (RIVM, 2017, p. 6). Daarnaast is het voor een zorgverzekeraar niet mogelijk om met iedere gemeente apart afspraken te maken, omdat dat de zorgverzekeraar te veel tijd en energie kost (ZorgmarktAdvies, 2014, p.12).

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is niet alleen maatschappelijk van belang, maar kent tevens wetenschappelijke relevantie. Veel onderzoeken zijn gedaan naar samenwerkingsvormen tussen overheid en andere publieke en private organisaties (Bronstein, 2003; Ansell, 2012) en naar samenwerkingen tussen overheid en burgers (Oude Vrielink, Verhoeven & Wijdeven, 2013). De meerwaarde van dit onderzoek ligt in het feit dat dit onderzoek meerdere algemene theoretische inzichten uit verschillende onderzoeken combineert en vervolgens toepast in de praktijk. Literatuur over de voor- en nadelen (Huxham & Vangen, 2013), de mogelijkheden (Provan & Kenis, 2008) en spanningen (Vlaar, Bosch & Volberda, 2006) met betrekking tot samenwerking worden in dit onderzoek samengebracht. Hierbij worden deze algemene theorieën toegepast op een casus, namelijk een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar en op de schotten die specifiek in deze

samenwerking een rol spelen. Hierbij wordt onderzocht in hoeverre de algemene theorieën tevens een rol spelen in deze casus.

Daarnaast wordt in veel onderzoek gekeken hoe de voorwaarden en spanningen met betrekking tot het creëren van een samenwerking invloed hebben op de mogelijkheden voor het realiseren van deze samenwerking (Blomqvist, Hurmelinna & Seppänen, 2005; Provan & Kenis, 2008). De meerwaarde van dit onderzoek ligt in het feit dat theorieën over voorwaarden uit meerdere onderzoeken bij elkaar zijn gebracht. Hierbij wordt bovendien gekeken hoe de verschillende voorwaarden invloed hebben op elkaar en op de mogelijkheid om aan de voorwaarden te voldoen. Daarnaast wordt onderzocht hoe de mate waarin voldaan kan worden aan de voorwaarden en spanningen wordt beïnvloed door de al bestaande schotten die in de praktijk een rol spelen. Dit onderzoek draagt hierdoor bij aan het verder inzichtelijk maken van de voorwaarden en de spanningen die een rol spelen bij het realiseren van een samenwerking.

In de gemeenten Ede en Utrecht is ook onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor samenwerkingsvormen tussen gemeenten en zorgverzekeraars (Opella, 2017; Gemeente Utrecht, 2015). In tegenstelling tot deze onderzoeken in de gemeenten Ede en Utrecht, richt dit onderzoek zich op een samenwerkingsverband tussen kleine en middelgrote gemeenten op regionaal niveau en niet slechts op een samenwerking binnen één grote gemeente. Zorgverzekeraars hebben te maken met verschillende manieren van werken per gemeente en zij moeten hier per gemeente op in kunnen spelen. Het is interessant om te onderzoeken hoe een zorgverzekeraar kan samenwerken met verschillende gemeenten in regionaal verband. Bovendien is het interessant om te onderzoeken of de mogelijkheden van een grote gemeente om een samenwerking aan te gaan met een zorgverzekeraar anders zijn dan de kansen van kleine en middelgrote gemeenten of samenwerkingsverbanden van gemeenten.

1.4 Leeswijzer

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag, wordt gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoek. Om de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars goed te duiden wordt allereerst de literatuurstudie breed ingezet, namelijk met een historische duiding van de veranderingen in de zorgsector. Vervolgens bespreekt de literatuurstudie de mogelijkheden en spanningen van een samenwerking. De methodologie geeft in hoofdstuk 4 verantwoording voor de methoden die zijn gehanteerd en de manier waarop het onderzoek is verricht. Hierbij wordt tevens ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek. De bevindingen uit de interviews worden toegelicht in het resultatenhoofdstuk en in hoofdstuk 6 wordt vervolgens een conclusie getrokken. Daaropvolgend wordt kritisch gereflecteerd op de keuzes die zijn gemaakt tijdens dit onderzoek, waarna tot slot aanbevelingen worden gedaan aan de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist en zorgverzekeraar Zilveren Kruis.

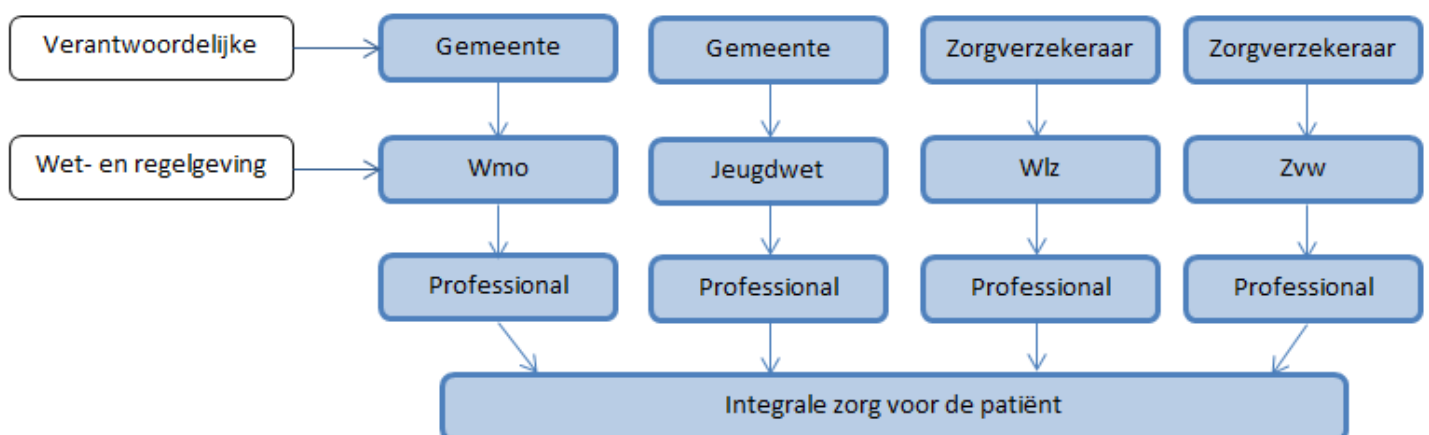
2. Veranderingen in de zorgsector

De verhouding tussen overheid, markt en maatschappij is een dynamische verhouding, die continu aan verandering onderhevig is. De afgelopen jaren zijn grote veranderingen doorgevoerd, met name in de zorgsector. Om te begrijpen welke effecten de veranderingen in de zorgsector hebben op het leveren en op de kwaliteit van de zorg, wordt in dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van deze doorgevoerde veranderingen in de zorgsector.

2.1 Decentralisatie in de zorg

In de zorgsector zijn de verhoudingen tussen de overheid, markt en het maatschappelijk middenveld sinds de wederopbouw na de Tweede Wereldoorlog regelmatig verschoven. Hoewel de rol van de centrale overheid in de zorgsector in het verleden eerst is toegenomen, heeft zij de laatste jaren diverse taken afgestoten, waardoor zij minder nadrukkelijk aanwezig is (SCP, 2012, p. 18 & p. 303). Deze verschuiving van de rol van de Rijksoverheid is eveneens terug te zien in de decentralisatie van de gezondheidszorg. Met deze decentralisatie beoogde het vorige kabinet meer effectiviteit in het leveren van de zorg, minder bureaucratie en lagere kosten te bereiken (Regeerakkoord VVD-PVDA, 2012, pp. 20-24). Dit hoopte het kabinet onder andere te realiseren door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te veranderen.

De AWBZ is (deels) gedecentraliseerd en is ondergebracht in vier nieuwe en bestaande wetten, namelijk de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Zorgwijzer, 2014). Veel zorg die patiënten krijgen valt onder verschillende wet- en regelgeving. Het klaarzetten van een maaltijd voor een oudere valt bijvoorbeeld onder de Wmo. Het helpen van diezelfde oudere bij het opeten van deze maaltijd valt weer onder een andere wet, namelijk onder de Zvw. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de Wmo ligt, net als de Jeugdwet, bij de gemeenten, terwijl de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de Zvw en de Wlz bij de zorgverzekeraar ligt (Gemeente Utrecht, 2015, p. 5 & p. 10). In onderstaande figuur, *figuur 2.1*, zijn de verantwoordelijkheden voor de uitvoering en verschillende wetten ter verduidelijking weergegeven.



Figuur 2.1: De verantwoordelijken voor het uitvoeren van de diverse zorgwetten

Wanneer een patiënt zorg nodig heeft, is dit vaak integrale zorg. Integrale zorg is zorg waarbij een beroep wordt gedaan op verschillende professionals van verschillende disciplines die onderling met elkaar samenwerken (Nivel, 2015). Zoals uit *figuur 2.1* blijkt, vallen sommigen van deze professionals onder de Wmo en dus onder de verantwoordelijkheid van de gemeente en anderen onder de Wlz, welke onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar valt. Hierdoor heeft de patiënt vaak te maken met zowel de gemeente als de zorgverzekeraar (inclusief het zorgkantoor bij de uitvoering van Zvw). De cliënt zou niet mogen merken dat de nodige zorg onder verschillende wetgeving en verantwoordelijkheden valt. Vandaar dat een goede samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars van groot belang is (Zilveren Kruis, 2018).

2.2 Samenwerking in de zorg

In verschillende wetten is vastgelegd dat de gemeenten en zorgverzekeraar gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het leveren van de zorg, namelijk in de Zvw, de Wlz, de Wmo, de Jeugdwet en de Wet Publieke Gezondheid. Vanwege deze wetten zijn gemeenten en zorgverzekeraar op elkaar aangewezen. Zo is in de Zvw in artikel 14 lid 4 vastgelegd dat de zorgverzekeraar zijn werk af moet stemmen met de gemeenten: *De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.*

Het belang van deze samenwerking is de laatste jaren toegenomen doordat integrale zorg steeds belangrijker wordt. Dit is onder andere te zien in een Kamerbrief aan de Tweede Kamer van oudstaatssecretaris Van Rijn (VWS): *‘Een integraal en samenhangend aanbod van zorg en maatschappelijke ondersteuning stelt mensen in staat zo lang mogelijk in de eigen omgeving te blijven wonen. Dit ondanks een ziekte, beperking en/of ouderdom. Gemeenten en zorgverzekeraars vervullen in het aanbieden van deze samenhangende zorg en maatschappelijke ondersteuning een sleutelrol en gaan in overleg over het maken van een samenwerkingsagenda’* (Rijksoverheid, 2013, p. 2).

Het toegenomen belang van de samenwerking komt onder andere door het groeiend aantal ouderen in de maatschappij. Daarnaast willen ook steeds meer mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen (Gemeente Utrecht, 2015, p. 4). De ondersteuning voor veel ouderen dient daarom nu bij de ouderen thuis geleverd te worden. Dit zorgt ervoor dat huisartsen en wijkverpleegkundigen naast hun behandelende functie ook een belangrijke signalerende functie hebben gekregen. Zij bemerken als eerste dat een oudere eenzaam is of zichzelf niet meer goed kan verzorgen, waardoor een samenwerking met en een verwijzing naar het sociaal werk, het sociaal wijkteam of vrijwilligerswerk is geboden. Om de cliënt te kunnen voorzien in de gewenste zorg is dus een samenwerking tussen verschillende professionals wenselijk (Movisie, 2016, p. 5).

Ook de professionals zelf hebben baat bij een soepele samenwerking. Huisartsen geven aan dat zij een lagere werkdruk ervaren op het moment dat er goede samenwerking plaatsvindt met professionals in het sociale domein. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die vaak bij de huisarts op bezoek komt met psychologische klachten. Deze komt na een doorverwijzing naar een sociaal werker minder vaak terug bij de huisarts (Movisie, 2016, p. 19). Het werk van deze medische en sociale professionals valt deels onder de verantwoordelijkheid van de gemeente en deels onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar (Gemeente Utrecht, 2015, p. 5 & p. 10). Vandaar dat samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar van belang is.

2.3 Nieuwe schotten na decentralisatie van de zorg

Goede afstemming tussen de Wmo, Jeugdwet, Wlz en Zvw moet er voor zorgen dat de hulp aan de patiënt zo goed mogelijk geleverd kan worden. Na de decentralisatie van de zorg blijken echter problemen te bestaan die deze zorg belemmeren en die een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar in de weg staan. Uit de verschillende problemen valt af te leiden dat sprake is van informatieve belemmeringen en van financiële belemmeringen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat bij het leveren van de zorg rekening moet worden gehouden met een informatief schot en met een financieel schot. Deze zullen hieronder worden toegelicht.

2.3.1 Informatief schot

Een schot dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar belemmert, is te zien bij het delen van informatie over de patiënt. Voor het leveren van integrale zorg, en dus voor de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar, is het van belang dat de verschillende professionals kennis delen over de cliënt om de juiste zorg te leveren. Voor een goede indicatiestelling moeten de professionals namelijk op de hoogte zijn van alle relevante informatie over de patiënt. Door diverse landelijke en Europese wet- en regelgeving is deze informatie-uitwisseling echter beperkt (VNG, 2017, pp. 2-3). Om privacy te behouden is het namelijk van belang dat vertrouwelijk wordt omgegaan met medische gegevens waardoor medische informatie niet altijd doorgegeven kan worden aan anderen.

Zorgprofessionals hebben te maken met geheimhoudingsplicht, waardoor zij patiënt-gerelateerde informatie niet zomaar mogen delen. Professionals die samenwerken in een team van BIG-geregistreerde zorgprofessionals, die allemaal rechtstreeks bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken, mogen toestemming van de patiënt voor het uitwisselen van informatie veronderstellen, tenzij de patiënt dit uitdrukkelijk heeft verboden (Van Dongen, De Jong & Van Bokhoven, 2017, p. 49). Wanneer professionals niet rechtstreeks zijn betrokken, is toestemming voor het delen van informatie van de patiënt nodig, zodat de patiënt de zorgprofessionals van hun beroepsgeheim ontheffen. Wanneer de patiënt toestaat dat informatie gedeeld mag worden, moet de zorgprofessional het proces bewaken waarbij alleen relevante en feitelijke informatie wordt gedeeld die daadwerkelijk een voordeel voor het zorgproces met zich meebrengt. Hierbij moet zo min mogelijk aanvullende en niet relevante informatie gedeeld worden: *less is more* (Van Dongen, De Jong & Van Bokhoven, 2017, p. 50).

Het feit dat informatie beperkt gedeeld mag worden, brengt problemen met zich mee voor het leveren van de zorg. Zo blijkt uit onderzoek van de VNG (2017a, p. 3) dat een wijkverpleegkundige vroeger langs kon gaan bij de huisarts met een vraag over een cliënt, maar dat zij tegenwoordig overal een schriftelijke toestemmingsverklaring van de patiënt voor nodig heeft. Dit kost veel tijd en kan een goede indicatiestelling in de weg staan. Wanneer wordt gekeken naar de mogelijkheden voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar is het dus van belang om rekening te houden met de wetten en regels omtrent informatie.

2.3.2 Financieel schot

Het tweede schot dat valt af te leiden uit de problemen die een rol spelen in de zorg is een financieel schot. Binnen de zorg spelen perverse financiële prikkels een rol in de overgang van de Wmo naar de Wlz. Verschillen in eigen bijdrage tussen de Wmo en de Wlz zorgen er onder andere voor dat patiënten bewust kiezen om in de Wmo te blijven, terwijl zij qua zorg beter af zouden zijn in de Wlz.

Deze verschillen in eigen bijdrage spelen ook bij zorgaanbieders en hulpverleners een belangrijke rol, waardoor zij terughoudend zijn met het aanvragen van een Wlz-indicatie en daardoor langer zorg aanbieden vanuit Zvw en Wmo (SCP, 2018, pp. 186-187).

Daarnaast is sprake van een financiële belemmering voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. De verschillende professionals vallen onder andere wet- en regelgeving en daardoor valt de geleverde zorg onder verschillende wet- en regelgeving en dus financieringsstromen. Voor het leveren van integrale zorg zouden de professionals idealiter uit één pot gefinancierd moeten worden, waardoor ze niet voor elke handeling een aparte indicatie hoeven aan te vragen.

Een andere barrière ligt tenslotte bij de baten en de kosten van investeringen. De baten van investeringen die worden gedaan liggen namelijk niet altijd bij degene die ook de kosten voor deze investeringen maakt. Investerings van gemeenten in patiënten uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet, zorgen bijvoorbeeld voor minder cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) die vallen onder de verantwoordelijkheid en de kosten van zorgverzekeraars. Uit onderzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) blijkt dat het vaak niet duidelijk is wanneer er sprake is van (kosten)effectiviteit van preventieve maatregelen. Hierdoor ontbreekt het dikwijls aan prikkels om samen meerwaarde te creëren (Rijksoverheid, 2016, p. 6). Op dit moment kunnen de professionals ook vanwege deze financiële schotten niet goed met elkaar samenwerken en dat staat een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar in de weg (Movisie, 2014, p. 13).

Kortom, binnen de zorgsector zijn na de decentralisatie van de zorg twee schotten af te leiden die een rol spelen in de zorg en een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar belemmeren. Een overzicht van deze schotten is in *tabel 2.1* weergegeven.

Schot	Uitwerking
1. Informatief schot	Niet kunnen delen van relevante informatie over een patiënt tussen professionals
2. Financieel schot	<ul style="list-style-type: none"> - Perverse prikkels wat betreft eigen bijdrage van de patiënt - Bij het leveren van integrale zorg vallen de zorgprofessionals onder verschillende financieringsstromen - Lasten en baten komen niet altijd bij de juiste partij terecht

Tabel 2.1: Schotten in de zorgsector

2.4 Korte terugblik

In de zorgsector zijn de laatste jaren grote veranderingen doorgevoerd, waaronder de decentralisatie van de AWBZ in vier nieuwe en bestaande wetten: de Wmo, Jeugdwet, Wlz en de Zvw. Dit heeft er voor gezorgd dat het belang van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar de laatste jaren is toegenomen. Door samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar kan zorg beter op elkaar worden afgestemd, waardoor betere zorg geleverd kan worden. Deze samenwerking is echter niet vanzelfsprekend. Na de decentralisatie van de zorg blijken twee schotten te bestaan die een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar belemmeren, namelijk een informatief schot en een financieel schot.

3. Samenwerking

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op de veranderingen in de zorgsector en het toegenomen belang van samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Uit de analyse van de zorgsector komt naar voren dat de zorgsector erg complex is met veel verschillende actoren en regels. In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op wat er vanuit de literatuur bekend is over samenwerking. Hierna wordt ingegaan op de kosten en baten van een samenwerking en de mogelijkheden en spanningen die daarbij een rol spelen. Vervolgens wordt beschreven hoe de verschillende schotten die een rol spelen bij een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar, zoals toegelicht in het vorige hoofdstuk, met inzichten vanuit de literatuur overbrugd kunnen worden.

3.1 Toelichting van het begrip samenwerking

Voordat ingegaan kan worden op de voor- en nadelen van samenwerking en de mogelijkheden voor een samenwerking, is het van belang om duidelijk te hebben wat samenwerking precies is. Bij samenwerking, werken twee of meer autonome actoren samen. Bronstein (2003, p. 299) beschrijft samenwerking als volgt:

“Collaboration is an effective interpersonal process that facilitates the achievement of goals that cannot be reached when individual professionals act on their own. “

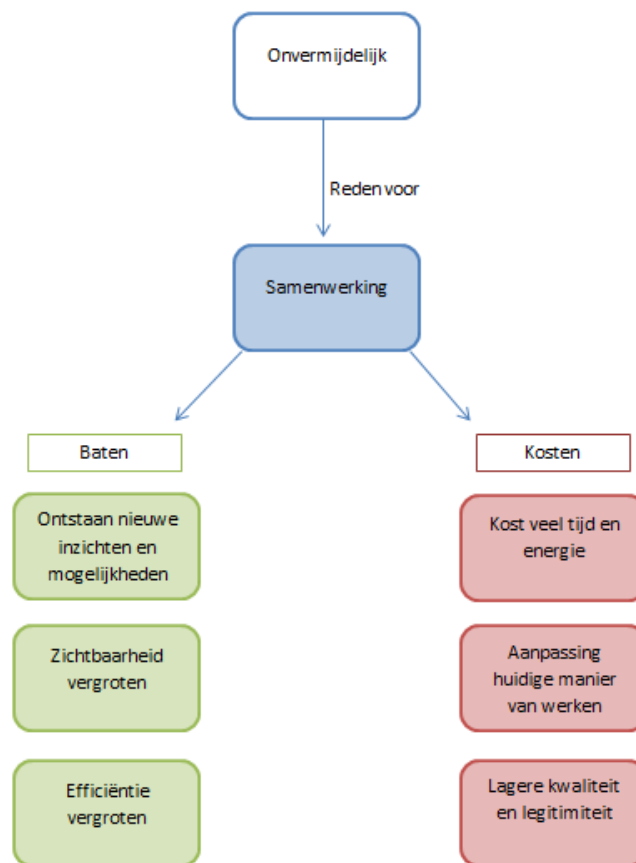
Samenwerking kan dus worden gezien als coördinatie van handelingen op een manier waarbij het resultaat beter is dan de som van individuele handelingen (zonder coördinatie). Het resultaat wordt door samen te werken gemaximaliseerd (Bronstein, 2003, p. 299; Nauta, 2004, p. 20). Kenmerkend voor samenwerkingen is dat de actoren samenwerken omdat er sprake is van wederzijdse afhankelijkheden, waarbij zij meedoen aan de samenwerking met als doel om er zelf beter van te worden (Lawson, 2004, p. 226).

Samenwerkingen kennen veel verschillende vormen en verschillen in samenstelling van actoren die met elkaar samenwerken en in manieren van sturing. Samenwerkingen kunnen plaatsvinden tussen overheid, private en/of maatschappelijke partijen, maar ook binnen de overheid zelf of tussen private of maatschappelijke partijen onderling (Ansell, 2012, p. 500). De laatste jaren werkt de overheid steeds meer samen met de markt of maatschappij om bepaalde diensten te leveren en beleid te maken. Waar de overheid voorheen een meer hiërarchische positie had en organisaties en burgers meer verticaal aanstuurde, is de positie van de overheid veranderd naar een meer horizontale positie waarin zij samenwerkt met andere actoren. Er is hiermee een verschuiving opgetreden van de rol van de overheid van ‘government naar governance’ (Levi-Faur, 2012). Hierdoor zijn verantwoordelijkheden meer verschoven van de overheid naar de markt en maatschappij, wat gezorgd heeft voor een meer horizontale relatie van onafhankelijke, autonome actoren uit de publieke en/of private sector die met elkaar in contact staan en met elkaar samenwerken (Torfing, 2012, p. 101).

3.2 Redenen voor samenwerking

Zoals blijkt uit het onderzoek van Lasker, Weiss en Miller (2001) is het van belang dat duidelijk is voor de verschillende actoren wat de opbrengsten van een samenwerking zijn, voordat zij bereid zijn om samen te werken. Huxham en Vangen (2013, p. 5) sluiten zich hierbij aan en beschrijven in hun boek verschillende argumenten om samen te werken. Een paar daarvan spelen een rol bij een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Om te beginnen werken organisaties vaak samen als ze niet in staat zijn om in hun eentje de doelstellingen te bereiken of de bestaande dienst of product te verbeteren. Door kennis, informatie, ervaring en geld van beide organisaties bij elkaar te brengen, zouden nieuwe inzichten verkregen kunnen worden en nieuwe mogelijkheden kunnen ontstaan. In het geval van samenwerking in de zorgsector kunnen gemeenten en zorgverzekeraars informatie en expertise met elkaar delen, zodat zij beter in kunnen spelen op de behoeften van de patiënt (VNG, 2016, p. 4). Een andere reden om samen te werken is dat de organisatie veronderstelt dat zij door samen te werken zichtbaarder wordt in het veld en zij haar bekendheid vergroot, hetgeen een betere reputatie en nieuwe samenwerkingspartners met zich mee kan brengen (Melin, 2000, p. 35). Daarnaast kan samenwerking de efficiëntie van de dienst vergroten. Private, commerciële organisaties zijn vaak efficiënter in het leveren van diensten dan publieke organisaties. Hierdoor worden dikwijls samenwerkingen tussen publieke en private organisaties aangemoedigd voor het leveren van publieke diensten (Huxham & Vangen, 2013, p. 6). Een laatste belangrijke reden voor samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars heeft betrekking op het feit dat het niet anders kan. Aangezien gemeenten verantwoordelijk zijn voor het leveren van de zorg, die valt onder de Wmo en de Jeugdwet, en zorgverzekeraars voor de Wlz en Zvw, zijn gemeenten en zorgverzekeraars op elkaar aangewezen om samen te werken wanneer zij de gewenste zorg voor de patiënt willen leveren (Huxham & Vangen, 2013, p. 7).

Naast de voordelen die een samenwerking met zich mee kan brengen, kan een samenwerking ook om investeringen vragen wat een reden kan zijn om geen samenwerking aan te gaan. Een nadeel van samenwerken is dat er tijd en moeite gestoken moet worden in onderhandelingen, overleg en in het onderhouden van samenwerking (Thomson & Perry, 2006, pp. 28-29). Daarnaast bestaat de kans dat een samenwerking het proces kan vertragen en moet soms de huidige manier van werken veranderd worden, wat kan leiden tot frustraties en klachten. Een samenwerking vraagt om het overbruggen van spanningen rondom tegenstrijdige doelen, culturen en machtsbronnen en dat kan ook veel tijd en energie kosten (Caldwell e.a., 2008, p. 125). Tot slot is hierboven toegelicht dat de kwaliteit door samenwerking vooruit gaat, maar de kwaliteit kan ook geschaad worden door een samenwerking. Op het moment dat een organisatie alleen werkt aan een product of dienst kan zij het gehele proces zelf controleren en daar zelf invloed op uitoefenen, maar wanneer zij samenwerkt met een andere organisatie moet zij ook rekening houden met een andere organisatie en die kan ook (ongewenste) invloed uitoefenen op het proces. Bovendien neemt de legitimiteit als autonome organisatie af (McLoughlin, 2011, p. 247). Een overzicht van de opbrengsten en investeringen van samenwerken is weergegeven in *figuur 3.1*.



Figuur 3.1: Kosten en baten bij samenwerking

3.3 Voorwaarden voor een succesvolle samenwerking

Het is lastig om vast te stellen wanneer sprake is van een succesvolle samenwerking. Mensen kunnen een verschillend beeld hebben van een succesvolle samenwerking en zullen andere aspecten van belang vinden. De een zal meer waarde hechten aan het uiteindelijke resultaat, terwijl de ander het proces zelf belangrijker vindt. In dit onderzoek wordt een samenwerking als succesvol beschouwd wanneer de gewenste uitkomsten van de samenwerking zijn bereikt. Dit sluit aan bij de definitie van Kotlarsky en Oshri (2005, p. 40) van succesvolle samenwerking:

“Successful collaboration is the process through which a specific outcome, such as a product or desired performance, is achieved through group effort.”

De verschillende actoren gaan een samenwerking aan met een bepaald doel. Zij willen bijvoorbeeld nieuwe inzichten en mogelijkheden creëren of hun efficiëntie vergroten, zoals toegelicht in de vorige paragraaf. Een reden voor gemeenten en zorgverzekeraar om te gaan samenwerken kan zijn om de zorg beter op elkaar af te stemmen, waardoor betere zorg geleverd kan worden. Wanneer dit gewenste doel van de samenwerking wordt bereikt en de samenwerkingspartners tevreden zijn, wordt in dit onderzoek de desbetreffende samenwerking als succesvol beschouwd. Op basis van de literatuur zijn enkele factoren te onderscheiden die van invloed zijn op het behalen van het gewenste resultaat en dus op het succes van een samenwerking.

3.3.1 Doel-overeenstemming

Allereerst is het van belang dat er sprake is van doel-overeenstemming tussen de organisaties. Organisaties nemen deel aan een samenwerkingsverband om verschillende redenen, zoals hierboven is toegelicht. Maar ongeacht de reden proberen organisaties met behulp van de samenwerking iets nieuws te bereiken en willen beide organisaties voordeel behalen uit de samenwerking (Thomson & Perry, 2006, p. 27). Volgens Provan & Kenis (2008, p. 230) is een samenwerking effectief wanneer

bepaalde activiteiten samen bereikt worden die individuele organisaties alleen niet hadden kunnen realiseren. Hierbij is het van belang om ervoor te zorgen dat het gedrag van de partners zo gecontroleerd en gestuurd wordt dat het gewenste gedrag wordt geleverd. Het is daarom belangrijk om stil te staan bij de oorspronkelijke taak van organisaties en met welke externe eisen en behoeften zij te maken krijgen door de samenwerking. Organisaties die samenwerken hebben namelijk een gezamenlijk doel, de reden waarom ze samen werken, maar daarbij heeft iedere organisatie zelf ook nog individuele doelen (Thomson & Perry, 2006, p. 26).

3.3.2 Helderheid taakverdeling en verantwoordelijkheden

Naast doelovereenstemming is helderheid in de taakverdeling en verantwoordelijkheden een voorwaarde voor een succesvolle samenwerking. Het is van belang dat de verschillende actoren in een samenwerking duidelijk voor ogen hebben wat hun verantwoordelijkheden zijn. Het gaat hierbij om hun bevoegdheden en plichten. De controle op deze bevoegdheden en plichten kan door verantwoording af te laten leggen.

Helderheid in de taakverdeling en verantwoordelijkheden kan verschaft worden door formalisering. Formalisering heeft betrekking op het codificeren in contracten van *input*, *output* en interorganisatorische activiteiten. Het formaliseren heeft dus betrekking op het vastleggen van afspraken, rechten en plichten, en de wijze waarop de actoren worden gecontroleerd op de gemaakte afspraken en wat moet gebeuren wanneer een partij zich niet aan deze afspraken houdt (Vlaar et al., 2006, p. 18). Het gaat hierbij dus om verantwoordelijkheden en het afleggen van verantwoording hierover.

Het is hierbij van belang dat een goede balans gevonden wordt in de mate van formalisering (Vlaar et al., 2006, p. 20). Wanneer sprake is van te veel formalisering kan dit zorgen voor een overvloed aan regelgeving en administratie met weinig ruimte voor flexibiliteit. Dit kan zorgen voor een beperking van de mogelijkheden voor creativiteit en innovatie. Aan de andere kant leidt te weinig formalisering tot chaos. Het is dus van belang om een goede balans te vinden in de mate van formalisering.

3.3.3 Vertrouwen

Ten derde speelt vertrouwen een grote rol bij een samenwerking. Vertrouwen kan worden gezien als de bereidheid om kwetsbaar te zijn en bepaalde risico's te nemen en deze bereidheid is gebaseerd op de positieve verwachting met betrekking tot het gedrag van de andere partner (McEvily, Perrone & Zaheer, 2003, p. 92). Vertrouwen is daarom van cruciaal belang om ervoor te zorgen dat de relatie op lange termijn kan voortbestaan (Blomqvist et al., 2005, p. 499; Weiner & Alexander, 1998; Provan & Kenis, 2008, pp. 237-238). Mayer, Davis & Schoorman (1995, p. 712) sluiten hierop aan en definiëren 'vertrouwen' als volgt:

“The willingness of a party to be vulnerable to the actions of another party based on the expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that other party.”

Het is dus van belang om vertrouwen te hebben binnen een samenwerking. Wanneer er sprake is van een gebrek aan vertrouwen, wordt vaak onderling getwijfeld aan competenties en motieven, hetgeen kan leiden tot wantrouwen en achterdocht (Vlaar et al., 2006, p. 19). De mate van vertrouwen kan echter ook doorslaan. Wanneer er te veel vertrouwen is binnen een samenwerking

kan dit leiden tot naïviteit. Ook in de mate van vertrouwen is het dus van belang om een goede balans te vinden.

3.3.4 Aantal deelnemers

Tot slot speelt het aantal deelnemers in het netwerk een rol. Binnen een netwerk moeten de activiteiten van verschillende organisaties gecoördineerd worden. Wanneer het aantal deelnemers toeneemt, heeft dat invloed op de mate waarin overeenstemming bereikt kan worden en de mate waarin coördinatie tussen de verschillende organisaties vereist is. Het aantal deelnemers heeft bovendien invloed op de mate van formalisering en de mate van vertrouwen; wanneer meer deelnemers betrokken zijn bij een samenwerking, is het nodig om meer afspraken vast te leggen. Daarnaast zorgen meer deelnemers ervoor dat het lastiger is om de mate van vertrouwen te behouden (Blomqvist et al., 2005, pp. 498-500). Volgens Provan & Kenis (2008, p. 239) is een samenwerkingsverband het meest effectief wanneer minder dan 6 tot 8 organisaties betrokken zijn.

Kortom, in dit onderzoek wordt een samenwerking als succesvol beschouwd wanneer het gewenste resultaat is bereikt. Uit de literatuur komen een aantal voorwaarden naar voren die kunnen helpen bij het bereiken van dit gewenste resultaat en het laten slagen van een samenwerking; doellovenstemming, helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden, vertrouwen en het aantal samenwerkingspartners.

3.4 Spanningen in samenwerking

Hoewel samenwerking voordelen met zich mee kan brengen, blijkt het in de praktijk vaak lastig om goede samenwerking te realiseren (Huxham & Vangen, 2013, p. 8). Ook hierbij is op basis van de literatuur een aantal spanningen vast te stellen waarmee samenwerkingsverbanden te maken kunnen hebben.

3.4.1 Spanningsveld tussen effectiviteit en inclusiviteit

Een spanning bij het tot stand brengen van een samenwerking, is het dilemma tussen effectiviteit en inclusiviteit. Aan de ene kant zorgt een groter aantal deelnemers ervoor dat het samenwerkingsverband meer kan bereiken. Wanneer het aantal actoren toeneemt, zorgt dit voor extra kennis en middelen, wat nieuwe mogelijkheden met zich mee kan brengen.

Aan de andere kant kan de effectiviteit verminderen wanneer een groter aantal deelnemers betrokken is bij de samenwerking. Hoe groter het samenwerkingsverband, hoe meer tijd en bronnen nodig zijn om het besluitvormingsproces effectief te laten verlopen en de verschillende organisaties op de gewenste manier te coördineren (Weiner & Alexander, 1998; Provan & Kenis, 2008, p. 242). Zoals hierboven aangegeven, heeft de grootte van een samenwerkingsverband bovendien invloed op de mate van formalisering en de mate van vertrouwen.

3.4.2 Spanningsveld tussen flexibiliteit en stabiliteit

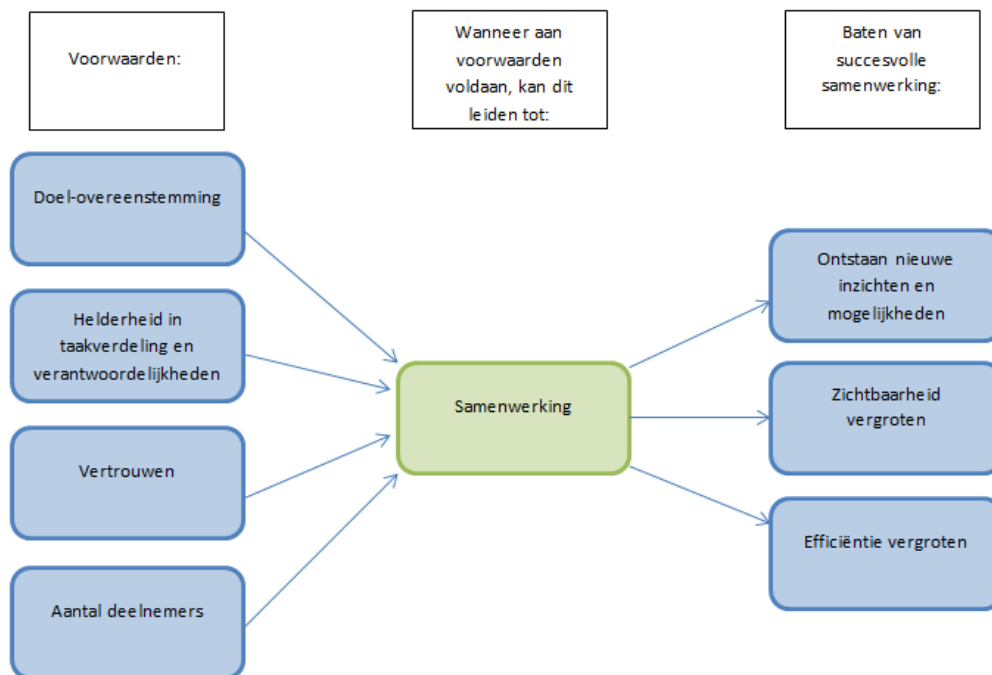
Daarnaast is sprake van een spanning tussen de flexibiliteit en de stabiliteit van netwerken (Vlaar et al., 2006). Aan de ene kant biedt flexibiliteit van netwerken grote voordelen, zeker ten opzichte van meer hiërarchische samenwerkingsverbanden, doordat zij snel en efficiënt in kunnen spelen op omstandigheden. Wanneer nodig kunnen zij bepaalde banden verbreken en nieuwe relaties met andere organisaties aangaan. Hierdoor kunnen zij snel inspelen op gevaren en kansen in de omgeving.

Aan de andere kant zijn netwerken geen tijdelijke projecten en stabiliteit is cruciaal voor het verkrijgen van legitimiteit. Het is van belang dat er stabiele relaties worden opgebouwd met de leden van het netwerk, zodat ingespeeld kan worden op verschillende zwakke en sterke punten. De beste manier om een stabiel netwerk te creëren is door middel van formele hiërarchie, maar dat brengt spanning met zich mee voor de aard van het samenwerkingsverband en de flexibiliteit. Bij de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is het van belang dat het netwerk voornamelijk flexibel is, aangezien het samenwerkingsverband wordt gevormd in de loop van de tijd door de organisaties zelf en in moet kunnen spelen op veranderingen in de maatschappij en in het samenwerkingsverband zelf (Provan & Kenis, 2008, pp. 244-245).

3.4.3 Resumé

Kortom, de laatste jaren is het belang toegenomen van samenwerking tussen verschillende gemeenten en zorgverzekeraar. Om deze samenwerking te realiseren komen op basis van de theorie vier voorwaarden naar voren waaraan voldaan moet worden. Allereerst is het van belang dat sprake is van doel-overeenstemming om een samenwerking te realiseren, aangezien het gedrag van de samenwerkingspartners zo gecontroleerd en gestuurd moet worden dat het gewenste resultaat behaald wordt. Daarbij is een goede afstemming nodig tussen de gezamenlijke en individuele doelen van de organisaties. Verder is het belangrijk dat de taakverdeling en verantwoordelijkheden helder zijn. Cliënten krijgen steeds vaker integrale zorg waarbij de zorg deels geleverd wordt door professionals die vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten en deels door professionals waarvoor de zorgverzekeraar verantwoordelijk is. Een deel van de zorg die de professionals leveren blijkt hierbij te overlappen. Het is van belang dat duidelijk is welk deel van de zorg door welke zorgprofessional geleverd wordt. Daarnaast is het belangrijk dat de verschillende samenwerkingspartners vertrouwen hebben in elkaar. Een aandachtspunt bij de samenwerking is de grootte van de groep in deze samenwerking. Om als samenwerkingsverband effectief te zijn moeten niet te veel gemeenten erbij betrokken worden.

Wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan, kunnen voordelen worden behaald uit de samenwerking, zoals nieuwe inzichten en mogelijkheden en grotere efficiëntie. Het verband tussen de voorwaarden die kunnen leiden tot een succesvolle samenwerking en de voordelen die een succesvolle samenwerking met zich mee kunnen brengen, is hieronder schematisch weergegeven in *figuur 3.2*:



Figuur 3.2: Schematische weergave voorwaarden en baten van succesvolle samenwerking

Een samenwerking is helaas niet altijd gegarandeerd succesvol, maar het kan ook diverse spanningen en nadelen met zich meebrengen. Het is van belang dat rekening wordt gehouden met de spanning tussen effectiviteit en inclusiviteit en het dilemma tussen flexibiliteit en stabiliteit. Deze spanningen kunnen ervoor zorgen dat een samenwerking geen voordelen oplevert, maar juist nadelen met zich mee brengt.

3.5 Schotten bij samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar

Hierboven zijn op basis van de literatuur een aantal voorwaarden gesteld en spanningen weergegeven die een rol kunnen spelen bij de totstandkoming van een samenwerking. Specifiek bij een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar is, dat er twee schotten zijn af te leiden die de samenwerking in de weg staan, namelijk: een informatief schot en een financieel schot, zoals toegelicht in paragraaf 2.3. Deze schotten zijn ontstaan door wet- en regelgeving en zullen daarom de komende jaren nog blijven bestaan. Hierdoor is het nodig om rekening te houden met deze schotten wanneer wordt gekeken naar de mogelijkheden voor het creëren van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. De reeds bestaande schotten zorgen er namelijk voor dat het lastig is om te voldoen om aan de gestelde voorwaarden voor het creëren van een samenwerking. De voorwaarden doelovereenstemming, duidelijkheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden en vertrouwen kunnen worden beïnvloed door de schotten in de zorg.

Hieronder wordt ingegaan op de twee schotten in de zorg en de manier waarop zij invloed kunnen hebben op de voorwaarden voor het tot stand brengen van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Hierbij zal ook worden besproken hoe vanuit de literatuur de schotten overbrugd kunnen worden. Tot slot zal worden ingegaan op belangrijke actoren die kunnen helpen bij het overbruggen van de schotten door de rol die zij kunnen spelen bij het oplossen van samenwerkingsproblemen.

3.5.1 Informatief schot

Zoals in paragraaf 2.3.1 is beschreven, is het nodig dat de verschillende professionals op de hoogte zijn van alle relevante informatie over de patiënt. Binnen de zorgsector wordt dit lastig gemaakt

doordat medische informatie van patiënten erg persoonlijk en privacygevoelig is en daarom niet zomaar gedeeld kan worden (VNG, 2017, pp. 2-3). Deze belemmering van het delen van informatie staat bovendien multidisciplinair overleg in de weg. Daarbij is namelijk uitwisseling van gegevens nodig om zorg op elkaar af te stemmen (Van Dongen, De Jong & Van Bokhoven, 2017, p. 49).

Doel-overeenstemming, duidelijkheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden en het onderlinge vertrouwen tussen samenwerkingspartners, drie voorwaarden voor het tot stand komen van een samenwerking, kunnen negatief beïnvloed worden door deze belemmering in informatiedeling. Doordat informatie en gegevens over patiënten niet uitgewisseld kunnen worden, kan het lastig zijn voor de gemeenten en zorgverzekeraar om doel-overeenstemming te bereiken op thema's waarop zij zouden moeten samenwerken. Zorgaanbieders en andere organisaties kunnen niet met gegevens van patiënten aantonen dat de zorg op een bepaald onderwerp te kort schiet, omdat persoonlijke medische gegevens niet gedeeld mogen worden met andere organisaties. Hierdoor kan het lastig zijn voor de gemeenten en zorgverzekeraar om te achterhalen op welke thema's een samenwerking tussen hen van belang is.

Wanneer samenwerkingspartners terughoudend zijn in het delen van informatie kan het daarnaast lastiger zijn om duidelijke afspraken te maken tussen de samenwerkingspartners. Bovendien is het voor zorgprofessionals lastiger om een goede indicatiestelling te maken, doordat zij niet goed op de hoogte zijn van de medische gegevens van de patiënt. Hierdoor is het niet duidelijk welke taken en verantwoordelijkheden zij hebben. Dit kan eveneens gevolgen met zich meebrengen voor de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar; moet de professional die valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente bepaalde zorg leveren, of is dat de taak van de professional die valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar?

Tot slot kan het informatieve schot invloed hebben op de mate van onderling vertrouwen. Doordat sommige informatie achtergehouden wordt kan achterdocht ontstaan. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor het onderlinge vertrouwen van zowel de zorgprofessionals onderling als voor het vertrouwen tussen de gemeenten en zorgverzekeraar. De gemeenten en zorgverzekeraar kunnen wellicht informatie niet delen en hun standpunten niet onderbouwen met medische gegevens, waardoor één van de twee bijvoorbeeld het gevoel kan hebben dat de ander overdrijft.

Voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar is het dus van belang dat de zorgprofessionals toestemming vragen aan de patiënt voor het delen van informatie wanneer de professionals met elkaar samenwerken die niet rechtstreeks bij de behandeling zijn betrokken. Om dit informatieve schot te verkleinen, wordt op basis van de literatuur aanbevolen om zorggebruikers meer bekend te maken met de mogelijkheden die zij hebben voor het geven van toestemming, zodat meer toestemming wordt verleend. Bovendien moeten de zorggebruikers meer bewust worden gemaakt van het feit dat uitwisseling van gegevens zonder toestemming niet gebeurt (Jansen, Koppes, Reitsma-van Rooijen & Verheij, 2015, p. 33). Daarnaast is het van belang dat voor een goede afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars hetzelfde format wordt gehanteerd door de diverse gemeenten. Zij moeten niet elk op hun eigen wijze hun informatievoorziening gestalte gaan geven, maar er moet sprake zijn van standaardisatie, waarbij bovendien rekening wordt gehouden met privacybescherming van de patiënt (Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2014, p. 39).

3.5.2 Financieel schot

De verschillende professionals, die de zorg leveren, vallen onder andere wet- en regelgeving en hebben daardoor te maken met andere financieringsstromen (Movisie, 2014, p. 13). Bovendien blijken de baten niet altijd te liggen bij degene die de kosten maakt (Rijksoverheid, 2016, p. 6). Deze schotten in financiën komen door wet- en regelgeving. Vandaar dat het van belang is om stil te staan bij de gevolgen van dit financiële schot op de mogelijkheden voor het creëren van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar.

Doordat het lastig is om afspraken te maken over financiën kan het lastig zijn om doel-overeenstemming te bereiken. Voordat een gemeente of zorgverzekeraar bereid is om te investeren in een samenwerking, moet het duidelijk zijn hoeveel deze samenwerking gaat kosten en gaat opleveren. Wanneer het niet mogelijk is om afspraken te maken over de verdeling in financiën, kan het lastig zijn om overeenstemming te bereiken over thema's waarop gemeenten en zorgverzekeraar een samenwerking aangaan.

Daarnaast kan de voorwaarde helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden beïnvloed worden door dit financiële schot. Het kan hierdoor lastig zijn om afspraken te maken of het de taak is van de gemeenten of de taak van de zorgverzekeraar om te investeren in een bepaald project. Wanneer de baten blijken te liggen bij de zorgverzekeraar, maar de kosten bij de gemeenten, zullen de gemeenten wellicht van mening zijn dat de zorgverzekeraar ook zijn steentje bij moet dragen in de financiering. De zorgverzekeraar aan de andere kant zou het hier wellicht niet mee eens kunnen zijn.

Tot slot kan het financiële schot invloed hebben op het vertrouwen. Doordat beide organisaties hun eigen financieringsstroom hebben en hun eigen belangen, kan het zijn dat een organisatie het gevoel krijgt dat de andere organisatie zijn eigen belang voorop stelt en niet bereid is om te investeren in een gezamenlijke samenwerking. Hierdoor kan het vertrouwen worden geschaad.

Om deze belemmering voor een samenwerking te overbruggen kan gebruikt worden gemaakt van gezamenlijke financiering (Berwick, Nolan & Whittington, 2008; Crawford & Houston, 2015; Timmons, 2007). Uit onderzoek van Hultberg, Lönnroth en Allebeck (2003, p. 150) blijkt, dat gezamenlijke financiering minder de nadruk legt op wie betaalt voor een bepaalde dienst, wat een samenwerking vergemakkelijkt. Op basis van de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten gezamenlijke financiering: *blended funding* en *braided funding* (Crawford & Houston, 2015, p. 6).

Bij *blended funding*, ook wel gemengde financiering genoemd, worden financiële middelen van verschillende organisaties samengevoegd in één pot waaruit bestedingen worden gedaan. Hierbij is het niet mogelijk om te achterhalen door wie een bepaalde uitgaven uiteindelijk betaald is. De verschillende euro's kunnen niet van elkaar onderscheiden worden, maar het is één gezamenlijke pot geld geworden (Crawford & Houston, 2015, p. 6). Deze gezamenlijke financiering vraagt vaak om geschreven overeenkomsten en contracten en is daarom vrij formeel (Timmons, 2007, p. 2). *Braided funding*, gevlochten financiering, is daarentegen minder formeel en kent vaak geen vastgelegde contracten. Hierbij worden ook de financiële middelen van verschillende organisaties samengevoegd, maar daarbij is het in tegenstelling tot *blended funding* wel mogelijk om de verschillende geldstromen te traceren en speelt verantwoording een grote rol. De verschillende financiële middelen blijven in verschillende geldstromen en worden pas aan het einde samengevoegd om de

uitgaven te doen (Timmons, 2007, p. 2). Het nadeel van beide financieringen is dat het veel tijd kost en sterk leiderschap nodig is om de verschillende financiële middelen van de diverse betrokken actoren samen te brengen (Timmons, 2007, p. 4). Ten opzichte van *braided funding* kunnen sommige actoren het wellicht een nadeel vinden dat het bij *blended funding* niet mogelijk is om de financiële geldstromen te traceren. *Braided funding* brengt aan de andere kant meer administratieve lasten met zich mee dan *blended funding*, doordat verantwoording afgelegd moet worden over de verschillende geldstromen, zodat deze te traceren zijn (Crawford & Houston, 2015, p. 6).

Om financiële middelen samen te voegen wordt in de literatuur (Timmons, 2007, p. 2) een aantal aanbevelingen gedaan. Om te beginnen is het van belang dat duidelijk is wat voor uitgaven de verschillende actoren willen financieren. Daarnaast moet energie gestoken worden in gezamenlijke planning en afspraken en tot slot moet er aandacht besteed worden aan de verantwoordingseisen over de uitgaven, waarbij informatie gemakkelijk tussen de verschillende organisaties gedeeld kan worden.

Hieronder in *Tabel 3.1* is een overzicht weergegeven van de schotten en de gevolgen hiervan op het creëren van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Hierin is bovendien opgenomen hoe deze schotten vanuit de literatuur gezien overbrugd kunnen worden.

	Mogelijk negatief effect van het schot op voorwaarden voor creëren van samenwerking:	Schot overbruggen vanuit de literatuur:
Informatief schot	<ul style="list-style-type: none"> - Doel-overeenstemming - Helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden - Vertrouwen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bekend maken mogelijkheden - Hetzelfde format hanteren
Financieel schot	<ul style="list-style-type: none"> - Doel-overeenstemming - Helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden - Vertrouwen 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Blended/braided funding</i> - Gezamenlijke planning en afspraken - Afspraken over verantwoording - Duidelijkheid in keuze besteding

Tabel 3.1: Schotten bij een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar

3.5.3 Sleutelpersonen in het overbruggen van schotten

Naast de bovengenoemde oplossingen vanuit de literatuur voor de schotten blijken sleutelpersonen eveneens een rol te kunnen spelen voor het overbruggen van de schotten. Uit onderzoek van Van Delden (2009) blijkt dat managers een belangrijke rol kunnen spelen in het laten ontstaan en het onderhouden van een samenwerking. Zij kunnen ervoor zorgen dat de hierboven beschreven voorwaarden wordt voldaan en dat een goede balans wordt gevonden in de beschreven spanningen, zodat een samenwerking gemakkelijker gerealiseerd kan worden. Managers hebben namelijk verschillende keuzemogelijkheden, bijvoorbeeld bij het inzetten van personeel of financiën. Deze keuzemogelijkheden zijn vaak tegenstrijdig. Aan de ene kant kan een manager een keuze maken om zich te richten op een goed verloop van de samenwerking. Aan de andere kant kan de manager zich richten op het behouden van een sterke positie van de eigen organisatie en op het zo veel mogelijk behouden van de eigen middelen.

Naast de leiders kunnen ook andere personen een belangrijke rol spelen, waaronder een *boundary spanner*. Dit is een persoon die het vermogen heeft om verschillen tussen organisaties te overbruggen en belangen op een manier samen te brengen, dat een geschikte situatie ontstaat voor een samenwerking. Zij kunnen agenda's vaststellen en kunnen helpen bij het tot stand brengen en onderhouden van relaties (Lawson, 2004, p. 231). Hierbij is het van belang dat deze *boundary spanner* genoeg legitimiteit heeft, zodat naar hem geluisterd wordt. Bovendien moet hij op genoeg afstand staan van de samenwerking en de organisaties daarin, zodat hij met een frisse blik ernaar kan kijken en met nieuwe ideeën kan komen (Wenger, 2000, pp. 235-236).

3.6 Samenvatting en verwachtingen

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen om verschillende redenen een samenwerking met elkaar aan willen gaan. De organisaties kunnen door samen te werken **nieuwe inzichten en mogelijkheden** verkrijgen en de **efficiëntie vergroten**, doordat zij kennis, ervaring en geld met elkaar kunnen delen waardoor zij de patiënt betere zorg kunnen verlenen. Daarnaast kunnen de organisaties samenwerken om hun **zichtbaarheid te vergroten**. Verwacht wordt dat de belangrijkste reden om samen te werken ligt in het feit dat het niet anders kan, maar dat de samenwerking **onvermijdelijk** is om te voorzien in de behoeften van de patiënt. Hoewel een samenwerking veel voordelen met zich mee kan brengen, vraagt een samenwerking ook om investeringen. Een samenwerking kan namelijk veel **tijd en energie kosten** en een **aanpassing van de huidige manier van werken** vragen. Daarnaast kan de **kwaliteit en de legitimiteit van de organisatie verminderen** doordat zij rekening moet houden met een andere organisatie die ook (ongewenste) invloed kan uitoefenen op het proces.

Voordat de bovengenoemde baten behaald kunnen worden uit een samenwerking, komen uit de literatuur een aantal voorwaarden naar voren die van invloed zijn op de mogelijkheden voor het realiseren van een samenwerking. Verwacht wordt dat **doelovereenstemming** de belangrijkste voorwaarde is voor een succesvolle samenwerking, aangezien het van belang is om een gezamenlijke agenda te creëren, waardoor de verschillende actoren een reden hebben om elkaar op te zoeken. Daarnaast is het belangrijk dat **duidelijkheid wordt gecreëerd over de verantwoordelijkheden en taken** en dat de samenwerkingspartners **vertrouwen** hebben in elkaar.

Hoewel uit de literatuur blijkt dat **'het aantal deelnemers'** ook een belangrijke voorwaarde is voor een samenwerking, wordt verwacht dat dit concept een minder grote rol zal spelen bij de mogelijkheden voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Uit de theorie komt naar voren dat een groter samenwerkingsverband mogelijk is wanneer meer afspraken zijn vastgelegd en sprake is van een grote mate van vertrouwen. Zoals blijkt uit het spanningsveld tussen flexibiliteit en stabiliteit is het echter van belang om een goede balans te vinden in de mate van formalisering. Er wordt verwacht dat een samenwerkingsverband met 6 tot 8 gemeenten en zorgverzekeraar vraagt om erg veel onderlinge afstemming, waardoor een samenwerkingsverband met 6 tot 8 gemeenten te groot zal zijn voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Het is op basis van de literatuur lastig om vast te stellen wat het gewenste aantal betrokken actoren is; de juiste balans tussen effectiviteit en inclusiviteit is nog moeilijk te bepalen.

Bij het realiseren van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar wordt verwacht dat twee schotten invloed kunnen hebben op de mogelijkheden om aan de voorwaarden voor het tot stand brengen van een samenwerking te voldoen, namelijk een **informatief schot** en een **financieel schot**. Beide schotten kunnen negatieve gevolgen met zich mee zullen brengen voor de mate waarin

doel-overeenstemming bereikt kan worden. Daarnaast zal het door deze schotten ook moeilijker zijn om aan de voorwaarde helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden en de voorwaarde vertrouwen te voldoen. De voorwaarde met betrekking tot het aantal deelnemers zal waarschijnlijk niet beïnvloed worden door het informatieve of financiële schot.

4. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt toegelicht welke onderzoeksstrategie is gekozen en wordt de keuze voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering toegelicht. Vervolgens wordt stap voor stap beschreven hoe de onderzoekspopulatie is samengesteld en hoe de dataverzameling heeft plaatsgevonden, waarna de data-analyse uiteen wordt gezet. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kwaliteitscriteria waar in dit onderzoek rekening mee is gehouden.

4.1 Onderzoeksstrategie

De doelstelling van dit onderzoek is om te onderzoeken hoe een samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist en zorgverzekeraar Zilveren Kruis gerealiseerd kan worden. Het onderzoek is daarmee exploratief en prescriptief van aard. Exploratief onderzoek is verkennend onderzoek naar een probleem waar nog weinig of geen kennis over beschikbaar is (Van Thiel, 2007, p. 23). Er is op dit moment nog weinig bekend over de mogelijkheden en knelpunten voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau. Eerder onderzoek richt zich namelijk vooral op een samenwerking tussen één gemeente en een zorgverzekeraar. Er zit bovendien een verklarende component in dit onderzoek, aangezien dit onderzoek probeert te achterhalen waarom het wel is gelukt om in Utrecht een samenwerking op te zetten met Zilveren Kruis en waarom het in Nieuwegein, Vianen en Zeist moeizaam van de grond komt. Daarnaast is het onderzoek prescriptief van aard aangezien het onderzoek erop is gericht om de gemeenten adviezen te geven hoe zij een samenwerking met Zilveren Kruis tot stand kunnen brengen.

4.1.1 Kwalitatief onderzoek

De meningen van de verschillende respondenten zijn achterhaald aan de hand van interviews. Dit onderzoek hanteert dus een kwalitatieve insteek. Boeije (2014, p. 27) geeft aan dat in kwalitatief onderzoek de nadruk ligt op betekenissen, ervaringen en gezichtspunten van alle betrokkenen. Hierbij wordt geprobeerd om de situatie te begrijpen. In dit onderzoek wordt geprobeerd te achterhalen waarom een samenwerking soms wel en soms niet van de grond komt. Weliswaar is het ook bij kwantitatief onderzoek mogelijk om te vragen naar de mening van respondenten, maar de meerwaarde van kwalitatief onderzoek ligt in het feit dat het mogelijk was om door te vragen op de antwoorden tijdens de interviews (Bryman, 2012, p. 495). Helaas is het nadeel van kwalitatief onderzoek dat het lastig kan zijn om objectief te blijven tijdens het onderzoek. Het is van belang om hiervan bewust te zijn en hier rekening mee te houden tijdens het onderzoek (Dowling, 2010, p. 37). De manier waarop dit is gedaan, zal verderop in dit hoofdstuk worden besproken, wanneer aandacht wordt besteed aan het behouden van validiteit in het onderzoek.

4.2 Algemeen ontwerp van het onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een *comparative case study*. Bij een *case study* worden verschijnselen bekeken in hun natuurlijke situatie. Dit biedt de mogelijkheid om onderwerpen in hun dagelijkse realiteit te bekijken, waardoor zij in hun eigen context begrepen kunnen worden (Van Thiel, 2007, p. 97). Volgens Van Thiel (2007, pp. 97-98) wordt een *case study* vaak toegepast in bestuurskundig onderzoek vanwege het feit dat de onderzoeker er veelal naar streeft om een bijdrage te leveren aan de oplossing van een concreet maatschappelijk vraagstuk. In zowel Nieuwegein, Vianen, Zeist en Utrecht is gekeken naar de mogelijkheden voor een samenwerking met Zilveren Kruis. Hierbij zijn de gemeenten met elkaar vergeleken om te analyseren waar de verschillen en overeenkomsten liggen die een verklaring kunnen bieden voor het wel of niet tot stand komen

van een samenwerking met de zorgverzekeraar. Er is dus sprake van een *comparative case study* (Baxter & Jack, 2008, p. 548).

In dit onderzoek is bovendien gekeken naar een *best practice*. Een *best practice* is een proces dat als succesvol kan worden beschouwd en dat daarmee als voorbeeld kan dienen voor andere situaties (Maire, Bronet & Pillet, 2005, p. 50). Het doel hiervan is om te leren waarom het in de ene situatie goed gaat en te kijken hoe dit vervolgens een oplossing kan bieden voor problemen in soortgelijke situaties (Bardach, 1994, p. 260). In dit onderzoek is de *best practice* de al bestaande samenwerking tussen de gemeente Utrecht en zorgverzekeraar Zilveren Kruis.

4.3 Case en respondenten selectie

Bij de uitvoering van dit onderzoek zijn keuzes gemaakt in de selectie van de casussen en de respondenten. Deze keuzes worden hieronder toegelicht.

4.3.1 Case selectie

De wens voor het uitvoeren van het onderzoek is ontstaan vanuit de U10, een samenwerkingsverband van verschillende gemeenten in de provincie Utrecht (Bestuur regio Utrecht, 2014; Utrecht10, 2018). Bij dit onderzoek doen de gemeenten Nieuwegein, Vianen, Zeist en Utrecht mee vanuit de U10. De keuze om in meerdere gemeenten onderzoek te doen komt doordat in landelijk beleid de wens is vormgegeven dat gemeenten met elkaar samenwerken in de zorg (Rijksoverheid, 2018). Bovendien is het ook van belang om op regionaal niveau onderzoek te doen, aangezien hierdoor meerdere gemeenten en dus grotere aantallen verzekerden betrokken zijn, wat aantrekkelijk is voor de zorgverzekeraar Zilveren Kruis (RIVM, 2017, p. 6). Daarnaast is het niet mogelijk voor zorgverzekeraars om met iedere gemeente afzonderlijk afspraken te maken, aangezien dat teveel tijd kost (ZorgmarktAdvies, 2014, p. 12).

De gemeenten Nieuwegein en Zeist hebben allebei ongeveer 62.000 inwoners en zijn daarmee middelgrote gemeenten (Gemeente Nieuwegein, 2018; AlleCijfers.nl, 2018; Centraal Bureau voor Statistiek (CBS), 2016). De gemeente Vianen is op dit moment nog een kleine gemeente, maar zal op 1 januari 2019 samen gaan met de gemeente Leerdam en Zederik in de gemeente Vijfheerenlanden, en wordt hiermee eveneens een middelgrote gemeente (Vijfheerenlanden.nl, 2018). De keuze voor deze drie gemeenten heeft plaatsgevonden door middel van *information-oriented selection* (Flyvbjerg, 2006, p. 34). De gemeenten zijn gekozen op basis van de verwachtingen over de informatie die de verschillende gemeenten op zouden leveren. De gemeente Nieuwegein heeft in het verleden al vaker naar mogelijkheden voor een samenwerking met Zilveren Kruis gekeken, terwijl de gemeente Zeist nog aan het begin van de gesprekken staat en probeert om überhaupt met Zilveren Kruis rondom de tafel te kunnen zitten. Dit kan interessante verschillen met zich meebrengen in de mate waarin een samenwerking met Zilveren Kruis mogelijk is. De gemeente Vianen tot slot is op dit moment nog een kleinere gemeente en werkt al veel samen met de gemeente Nieuwegein op diverse thema's. Hierdoor hebben de gemeenten onderling al veel contact, waardoor een samenwerking gemakkelijker gerealiseerd kan worden (Utrecht10, 2018).

Daarnaast kan het aantrekkelijk zijn voor Zilveren Kruis om te kijken naar mogelijkheden voor een samenwerking met middelgrote gemeenten. Middelgrote gemeenten zijn de laatste jaren namelijk erg in trek bij woningzoekenden waardoor het aantal inwoners, en dus verzekerden, de komende jaren zal toenemen. Bovendien zullen middelgrote gemeenten onderling tegen dezelfde

problematiek aanlopen, waardoor zij gemakkelijker samen overeenstemming kunnen vinden over mogelijke samenwerkingsthema's (Bestuur regio Utrecht, 2014). Tot slot is het interessant om te kijken naar middelgrote gemeenten, aangezien er een verschil zit in de mate waarin een middelgrote gemeente samen kan werken en afspraken kan maken met andere gemeenten en met een zorgverzekeraar en in de mate waarin een grote gemeente dat kan vanwege een verschil in omvang, budget en invloed (Korsten, 2015).

De keuze voor de gemeente Utrecht als *best practice* ligt in het feit dat deze gemeente eveneens deel uitmaakt van de U10. Hierdoor kunnen geleerde lessen vanuit de gemeente Utrecht wellicht gemakkelijker overgebracht worden naar de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist. In tegenstelling tot de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist is de gemeente Utrecht een grote gemeente is. Het is bovendien de enige grote gemeente binnen de U10 (Utrecht10, 2018; AlleCijfers.nl, 2018). Daarnaast heeft de gemeente Utrecht dezelfde preferente zorgverzekeraar als waarmee gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist een samenwerking aan willen gaan. Het is interessant om te onderzoeken of de grootte van de gemeente uitmaakt voor de mogelijkheden en knelpunten van de samenwerking.

Naast de gemeenten is gesproken met zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Zilveren Kruis is één van de grootste zorgverzekeraars in Nederland (Zorgwijzer, 2018). Tegenwoordig kunnen particulieren hun zorgverzekering via het internet thuis afsluiten. Vroeger was dat niet het geval en waren zorgverzekeraars vooral in één stad of provincie actief. Deze oorspronkelijke marktgebieden zijn nog steeds terug te zien in Nederland doordat veel mensen de oorspronkelijke zorgverzekeraar van hun ouders trouw blijven en de hoofdkantoren van de zorgverzekeraars nog steeds in deze regio's te vinden zijn (Poliswijzer, 2016). Zilveren Kruis heeft hierdoor het grootste marktaandeel in de regio Utrecht (Andersson Elffers Felix, 2017, p. 17).

4.3.2 Respondentenselectie

De selectie van de respondenten heeft plaatsgevonden door middel van *theoretical sampling* en *snowball sampling*. Door eerst gebruik te maken van *theoretical sampling* kon de steekproef steeds verder worden afgebakend, doordat duidelijk werd welke respondenten nog relevant waren om mee te spreken. Op basis van verzamelde gegevens is bepaald wat voor data nog van toegevoegde waarde waren voor het onderzoek. De steekproef is hierdoor steeds kleiner en specifieker geworden, waardoor deze steekproef steeds beter aansluit bij de theorie en van grotere waarde is (Bryman, 2012, p. 419). Bovendien is ook gebruik gemaakt van *snowball sampling*, waarbij in eerste instantie relevante actoren zijn benaderd. Deze actoren zijn vervolgens gebruikt om verdere contacten te leggen om meer respondenten te vinden (Bryman, 2012, p. 202). De respondenten zijn hierbij geselecteerd op basis van hun functie en deskundigheid. Alle respondenten zijn ofwel verantwoordelijk voor het creëren / in stand houden van de relatie of zij hebben zich verdiept in de relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraar.

Om een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden van de gemeenten om met de zorgverzekeraar samen te werken, is gesproken met verschillende medewerkers van de betrokken gemeenten. Behalve in Nieuwegein bleek slechts één werknemer zich te verdiepen in de samenwerking met de zorgverzekeraar. Tijdens het onderzoek bleek gelukkig dat de desbetreffende respondenten van de gemeenten een goed beeld konden schetsen van de situatie in de hun gemeente, waardoor het bovendien niet nodig was om met meerdere werknemers in de gemeenten te spreken. Om een goed

beeld te krijgen van de *best practice* in Utrecht en aangezien in veel gesprekken naar voren kwam dat een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar niet los staat van de zorgaanbieder, is ook gesproken met een respondent werkzaam bij de zorgaanbieder Altrecht. Altrecht heeft samen met de gemeente Utrecht een samenwerking met Zilveren Kruis op het gebied van de GGZ, een veelvoorkomend samenwerkingsonderwerp. Het bleek tijdens het onderzoek niet nodig om met meerdere zorgaanbieders naast Altrecht in gesprek te gaan, omdat dit onderzoek zich richt op de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar en niet op de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Daarnaast kon tijdens het gesprek met de medewerker van Altrecht een goed beeld verkregen kon worden van de rol van een zorgaanbieder in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar.

Naast de gemeenten zijn gesprekken gevoerd met twee medewerkers van Zilveren Kruis. Binnen Zilveren Kruis zijn drie medewerkers aangesteld om contact te onderhouden met de gemeenten. Met twee van hen is gesproken, waaronder de contactpersoon vanuit Zilveren Kruis die verantwoordelijk is voor het contact met de gemeenten Nieuwegein, Vianen, Zeist en Utrecht. Om te onderzoeken of de mogelijkheden en knelpunten voor een samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten gelijk is tussen de verschillende zorgverzekeraars, is ook gesproken met een medewerker van Zorgverzekeraars Nederland – de koepelorganisatie van zorgverzekeraars – waardoor een overkoepelend beeld van alle zorgverzekeraars verkregen kon worden. Daarnaast is gesproken met de medewerkster binnen Zorg en Zekerheid die verantwoordelijk is voor het contact met de gemeenten. Deze medewerkster heeft bovendien in het verleden gewerkt voor Zilveren Kruis, waardoor zij een goed beeld kon schetsen van de verschillen tussen Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid. Zorg en Zekerheid is een kleinere zorgverzekeraar in vergelijking met Zilveren Kruis en is ook actief binnen de gemeenten van dit onderzoek. Hierdoor was het mogelijk om te achterhalen in welke mate kleine verzekeraars zich aan kunnen sluiten bij de afspraken die de preferente zorgverzekeraar in een gebied maakt met de gemeenten en of de mogelijkheden en knelpunten bij het creëren van een samenwerking van een kleinere verzekeraar overeen komt met een grotere zorgverzekeraar.

Tot slot is gesproken met respondenten die werkzaam zijn bij diverse organisaties. Om een breder beeld te krijgen van het achterliggende landelijke beleid en de landelijke visie op mogelijkheden voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar, is gesproken met twee medewerkers van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Hierdoor was het ook mogelijk om te achterhalen waarom op landelijk niveau de wens voor de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar is ontstaan. Daarnaast is gesproken met twee medewerkers van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en met iemand die werkzaam is bij Andersson Elffers Felix die al veel onderzoek hebben gedaan naar desbetreffende samenwerkingen en daardoor veel inzichten konden bieden in de knelpunten en mogelijkheden. In *tabel 4.1* is een overzicht weergegeven van de respondenten. Om de leesbaarheid te vergroten worden respondenten in de rest van dit onderzoek genoemd aan de hand van hun nummer, zoals R1. Het nummer dat bij de respondenten hoort is gegeven op basis van de volgorde waarin met de respondenten is gesproken.

Organisatie	Aantal respondenten
Gemeente Nieuwegein	2
Gemeente Zeist	1
Gemeente Vianen	1
Gemeente Utrecht – <i>best practice</i>	1
Altrecht – <i>best practice</i>	1
Zilveren Kruis	2
Zorgverzekeraars Nederland	1
Zorg en Zekerheid	1
Raad voor Volksgezondheid en Samenleving	2
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	2
Andersson Elffers Felix	1
<i>Totaal</i>	<i>15</i>

Tabel 4.1: Overzicht respondenten

4.4 Operationalisering

Voordat het mogelijk was om vanuit de theorie naar de empirie over te gaan, was het nodig dat de theoretische begrippen meetbaar werden gemaakt: de fase van operationalisering. In deze fase wordt vastgesteld wat er in het onderzoek bestudeerd wordt (Van Thiel, 2007, p. 50). De vragen die zijn gesteld tijdens de interviews zijn voornamelijk voortgekomen uit de onderzoekconcepten uit de literatuurhoofdstukken en zijn daarom vooral deductief van aard (theorie gedreven). Bij bestaande algemene theorieën over samenwerking, die naar voren zijn gekomen in hoofdstuk twee en drie, wordt een verklaring gezocht voor knelpunten en mogelijkheden voor de samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met Zilveren Kruis. Er is hierbij dus al een theorie en in dit onderzoek wordt gekeken of deze theoretische verklaring correct is (Van Thiel, 2007, p. 33). Dat wil niet zeggen dat er helemaal niet inductief (data gestuurd) te werk is gegaan. Om een grote hoeveelheid data te organiseren is het namelijk nodig om structuur aan te brengen door middel van theoretische analysekaders die op deductieve wijze zijn opgesteld. Maar daarnaast is het ook van belang om flexibiliteit te behouden waarbij de data inductief zijn verkend, dus zonder vooropgezette categorieën (Van Staa & Evers, 2010, p. 10). De verschillende kosten en baten van samenwerking en de voorwaarden voor samenwerking die uit de theorie naar voren zijn gekomen, hebben dus de leidraad gevormd in de data-verzameling. In onderstaande tabel, *tabel 4.2*, worden de concepten geoperationaliseerd die in dit onderzoek aan bod komen.

Concept	Indicator
Baten	Waarom wordt de samenwerking aan gegaan? Wat zou de samenwerking kunnen opleveren? <ul style="list-style-type: none"> - Onvermijdelijk / kan niet anders - Ontstaan nieuwe inzichten en mogelijkheden - Zichtbaarheid vergroten - Hogere efficiëntie
Kosten	Waarom geen samenwerking aangaan? <ul style="list-style-type: none"> - Kost veel tijd en energie - Aanpassing huidige manier van werken - Lagere kwaliteit en legitimiteit
Doel-overeenstemming	<ul style="list-style-type: none"> - Hetzelfde uiteindelijke beoogde doel - Eigen individuele doel t.o.v. gezamenlijke doel - Sturing op doelen - Toewijding
Helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden	<ul style="list-style-type: none"> - Afbakening van taken - Mate van transparantie - Vastleggen in contracten - Periodieke bijeenkomsten / evaluatie
Vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> - Zekerheid nodig? Controle wenselijk - Durven risico's te nemen - Vertrouwen in kwaliteit van de ander
Aantal deelnemers	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe veel ideaal - Belemmeringen / voordelen grotere of kleinere samenwerking

Tabel 4.2: Operationalisering van theoretische concepten

4.5 Dataverzameling

Hieronder worden de methodes van dataverzameling toegelicht. De data zijn verzameld door interviews af te nemen en documentanalyse uit te voeren.

4.5.1 Interviews

Hierboven is toegelicht met welke respondenten is gesproken tijdens het onderzoek. Door middel van interviews kon de beleving van de verschillende actoren worden blootgelegd. De meerwaarde van het afnemen van interviews bestaat uit het feit dat doorgevraagd kan worden op de antwoorden van de respondenten (Bryman, 2012, p. 495). De interviews hadden een semigestructureerd karakter waarbij van tevoren – in tegenstelling tot een gestructureerd interview – geen vaste vragen opgesteld waren die aan bod kwamen tijdens het gesprek. Om de interviews toch enigszins gestructureerd te laten verlopen en de mogelijkheid te hebben om de bevindingen uit de interviews met elkaar te vergelijken, zijn ter voorbereiding enkele thema's opgesteld. Hierbij is genoeg ruimte geboden aan de respondenten om eigen inzichten aan de orde te laten komen (Reulink & Lindeman, 2005, p. 13; Bryman, 2012, p. 210). In *Bijlage I* is de *topic lijst* weergegeven.

4.5.2 Documentanalyse

Naast het afnemen van interviews is een documentanalyse uitgevoerd waardoor aanvullende informatie verkregen kon worden. Deze documenten zijn gecodeerd via NVivo en zijn gebruikt als aanvulling, verduidelijking en controle op de interviews. De documentanalyse in dit onderzoek is een inhoudsanalyse waarbij de inhoud van bestaand materiaal bestudeerd wordt (Van Thiel, 2007, p. 121). Diverse visiedocumenten van de Rijksoverheid zijn geanalyseerd waarin staat beschreven hoe het Rijk de samenwerking voor zich ziet. Vervolgens is gekeken of deze visie overeenkwam met de beleidsdocumenten van de verschillende gemeenten en met de inkoopstrategie en speerpunten van Zilveren Kruis. Deze documenten zijn vervolgens vergeleken met de praktijk, zodat onderzocht kon worden in hoeverre de speerpunten ook daadwerkelijk gerealiseerd zijn. Hieronder is in *tabel 4.3* een overzicht weergegeven van de bestudeerde documenten. Om de leesbaarheid te vergroten worden de documenten in het vervolg genoemd aan de hand van hun nummer.

Documentnaam	Omschrijving	Eigenaar/auteur	Nummer
Zorginkoopbeleid 2018	Inkoopbeleid Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	ZK1
Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg	Grensvlakkendocument	Zilveren Kruis	ZK2
Thema's	Pijlers van Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	ZK3
Gemeente Zeist. Beleid, trends en uitdagingen 2014	Overdrachtsdossier Raadsverkiezingen 2014 Zeist	Gemeente Zeist	Zeist1
Samen kansen pakken!	Coalitieakkoord Zeist 2014-2018	Gemeente Zeist	Zeist2
De toekomst vormen we samen	Coalitieakkoord 2014-2018 Nieuwegein	Gemeente Nieuwegein	NG1
Heldere hoofdlijnen op weg naar de toekomst	Coalitieakkoord 2014-2018 Vianen	Gemeente Vianen	VIA1
Utrecht gezond!	Convenant gemeente Utrecht – Achmea 2011-2013	Gemeente Utrecht & Achmea (nu Zilveren Kruis)	UTR1
Convenantpartners	Convenant gemeente Utrecht – Achmea 2014-2017	Gemeente Utrecht & Achmea (nu Zilveren Kruis)	UTR2
Vitaal oud worden in Utrecht	Samenwerkingsagenda tussen de gemeente Utrecht en Zilveren Kruis	Gemeente Utrecht & Zilveren Kruis	UTR3
Krachtige Basiszorg	Integrale wijkaanpak in Overvecht	Overvecht Gezond	UTR4
Utrecht maken we samen!	Coalitieakkoord 2014-2018 Utrecht	Gemeente Utrecht	UTR5
De juiste zorg op de juiste plek	Adviesrapport voor verbetering overgang van sociaal naar medisch domein	Rijksoverheid	Rijk1
Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraar rondom preventie voor risicogroepen schetst huidige stand van zaken	Onderzoek naar de huidige stand van zaken wat betreft samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars	RIVM	Rijk2
Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop	Adviesrapport met betrekking tot zorginkoop	RVS	Rijk3
Samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten. De huidige samenwerking in kaart met behulp van 'samenwerkingskaarten'	Samenwerkingskaart	AEF	AEF

Tabel 4.3: Overzicht documenten

4.6 Data-analyse

De afgenomen interviews zijn eerst getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd door de verkregen informatie te coderen in het NVivo programma. Het codeerproces is onderverdeeld in drie fasen: open, axiaal en selectief coderen (Boeije, 2014, p. 112). Tijdens de open codering, de eerste stap, zijn de interviews opnieuw bekeken en werden verschillende fragmenten onderscheiden. Elk fragment kreeg vervolgens een code, zoals 'Doel-overeenstemming' en 'Financiën'. Hierdoor was het mogelijk om de verschillende fragmenten onderling met elkaar te vergelijken en werden de gegevens hanteerbaar en overzichtelijker. In deze open codeerfase was het nog niet mogelijk om te beoordelen welke fragmenten relevant waren voor het onderzoek en welke niet, maar stond het oriënterende proces centraal (Boeije, 2014, pp. 113-114). In de axiale coderingsfase zijn vervolgens de verschillende begrippen samengevoegd in bepaalde categorieën. In deze fase was het soms nodig om de verschillende codes een andere naam te geven. Door axiaal coderen kon het aantal begrippen verminderd worden en vervolgens geordend worden in een codeboom. Aan de hand van de codeboom was het vervolgens mogelijk om een aantal kerncategorieën te selecteren, zoals 'Meerwaarde'. Dit is selectief coderen, de laatste coderingsfase (Bryman, 2012, p. 569).

4.7 Kwaliteitscriteria

Bij het doen van onderzoek is het van belang om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. In dit onderzoek is uitgegaan van de klassieke kwaliteitscriteria. De twee klassieke kwaliteitscriteria zijn validiteit en betrouwbaarheid (Bryman, 2012, p. 390).

4.7.1 Validiteit

Wanneer een onderzoek wordt gecontroleerd op validiteit, wordt onderzocht of daadwerkelijk is gemeten wat de onderzoeker wilde meten. Interne validiteit heeft betrekking op overeenstemming tussen theoretische ideeën die ontwikkeld zijn en de observaties die gedaan worden tijdens het onderzoek. Externe validiteit kijkt naar de mate waarin de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden (Bryman, 2012, p. 390).

Om de interne validiteit te behouden zijn de respondenten zo veel mogelijk zelf aan het woord gelaten door open vragen te stellen (Mays & Pope, 1995, p. 111). Daarnaast zijn ook de antwoorden van de respondenten tijdens het gesprek samengevat en herhaald, zodat de respondent dit zo nodig kon corrigeren. Bovendien zijn de delen van het resultatenhoofdstuk waarin citaten van respondenten zijn gebruikt na afloop aan de desbetreffende respondenten voorgelegd, waardoor voorkomen werd dat de citaten anders geïnterpreteerd zijn dan de bedoeling was. Tijdens de interviews bleek dat de respondenten zich weinig belemmerd voelden waardoor zij vrijuit konden spreken. De validiteit zou belemmerd kunnen zijn, doordat de respondenten het gevoel hadden dat het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de gemeenten en/of Zilveren Kruis. Hierdoor zouden zij zich belemmerd hebben kunnen voelen, omdat zij dachten dat hun antwoorden rechtstreeks bij hun leidinggevende terecht zouden kunnen komen. Om deze belemmering te voorkomen werd aangegeven, dat de anonimiteit in het onderzoeksverslag behouden zou worden en dat slechts algemene bevindingen gepresenteerd zouden worden aan de gemeenten en zorgverzekeraar. Om die reden wordt in de tekst melding gemaakt van Respondent 1, soms afgekort tot R1.

Dit onderzoek richt zich op een samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met Zilveren Kruis. Vandaar dat slechts in deze gemeenten, en de gemeente Utrecht als *best practice*, onderzoek is gedaan. Dit brengt met zich mee dat de uitkomsten in beperkte mate te veralgemeniseren zijn, aangezien zij voornamelijk betrekking hebben op de desbetreffende gemeenten (Bryman, 2012, p. 406). Het onderzoek is echter in meerdere gemeenten uitgevoerd en er is naast Zilveren Kruis ook gesproken met medewerkers van Zorgverzekeraars Nederland en Zorg en Zekerheid, waardoor de externe validiteit vergroot, aangezien de resultaten met elkaar vergeleken konden worden (Gibbert, Ruigrok en Wicki, 2008, p. 1468).

4.7.2 Betrouwbaarheid

Het tweede klassieke kwaliteitscriterium is betrouwbaarheid. Externe betrouwbaarheid kijkt of de resultaten van het onderzoek herhaalbaar zijn. Hierbij is het belangrijk dat de resultaten zo min mogelijk beïnvloed zijn door toevallige fouten (Bryman, 2012, p. 46). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten kan standaardisatie van de dataverzameling plaatsvinden (Bryman, 2013, p. 405). Hoewel de interviews semigestructureerd zijn, waardoor de consistentie en dus de betrouwbaarheid minder zijn, zijn de interviews afgenomen aan de hand van een *topic lijst*. Hierdoor komen steeds dezelfde thema's bij de interviews aan bod.

Interne betrouwbaarheid gaat erom dat meerdere onderzoekers het met elkaar eens zijn over de resultaten en de conclusies die getrokken zijn: *inter-observer consistency* (Bryman, 2012, p. 390). De interne betrouwbaarheid is minder doordat het onderzoek slechts door één onderzoeker is uitgevoerd. Er is echter gedurende wekelijkse intervisiebijeenkomsten met medestudenten overlegd en nagedacht over onder andere de resultaten en problemen die ontstonden. Bovendien waren veel overeenkomsten te zien in de afgenomen interviews, waardoor de resultaten betrouwbaarder zijn.

5. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews gepresenteerd en worden de empirische deelvragen beantwoord. De eerste deelvraag heeft betrekking op de visie en uitgangspunten van de samenwerking: wat is de meerwaarde van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar? Vervolgens wordt gekeken naar de knelpunten die een rol spelen bij het tot stand brengen van een dergelijke samenwerking. Ten derde wordt onderzocht waarom het wel gelukt is om een samenwerking te creëren tussen de gemeente Utrecht en Zilveren Kruis en welke lessen daaruit getrokken kunnen worden voor de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist. Tot slot wordt gekeken hoe de mogelijkheden voor het creëren van een samenwerking tussen deze drie gemeenten en Zilveren Kruis vergroot kunnen worden.

5.1 Meerwaarde van de samenwerking

Naast het feit dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar wettelijk is vastgelegd, zoals toegelicht in paragraaf 2.2, is de samenwerking vanwege maatschappelijke veranderingen **onvermijdelijk** geworden. Zeker sinds de decentralisatie van de zorg hebben de gemeenten nieuwe taken gekregen, waardoor het belang toenam om de zorg met de zorgverzekeraar af te stemmen. Bovendien hebben zowel de gemeenten als de zorgverzekeraars te maken gekregen met veranderingen door de overheveling van de AWBZ die gepaard ging met forse bezuinigingen waardoor de zorg zo efficiënt mogelijk geleverd moest worden (NG1; VIA1; UTR5; Zeist2; R7; R9 & R12). Vandaar dat in het Overdrachtsdossier van de gemeente Zeist na de raadsverkiezingen in 2014, vlak voor de decentralisatie van de zorg, al stond vermeld dat aandacht besteed moest gaan worden aan de samenwerking met de zorgverzekeraar: *‘Een samenwerking met zorgverzekeraars is noodzakelijk om te komen tot goede samenhangende arrangementen gericht op preventie, integrale zorg en ondersteuning’* (Zeist1, p. 31).

Daarnaast is de samenwerking onvermijdelijk geworden doordat mensen steeds ouder worden en steeds meer mensen langer thuis blijven wonen. Een aantal jaren geleden ontvingen patiënten veelal nog zorg in een instelling, maar dit wordt de laatste jaren steeds minder. Mensen hebben steeds vaker thuis in hun eigen woning zwaardere zorg nodig, waardoor zij te maken krijgen met zowel lichtere zorg vanuit de Wmo, als met zwaardere zorg vanuit de Zvw (UTR3 & UTR5), zoals blijkt uit het interview met Respondent 9: *“Maar mensen willen ook langer thuis wonen. [...] Dus die beweging wordt wel gemaakt en daar is onvermijdelijk in dat je tussen zo’n Wmo en Zvw dat je daar tussen moet gaan schakelen, dat is niet anders.”* Ook in het inkoopbeleid van Zilveren Kruis staat beschreven dat hij het van belang acht om het voor *‘ouderen mogelijk te maken om zo lang mogelijk op verantwoorde wijze zelfstandig thuis te blijven wonen’* (ZK1).

5.1.1 De meerwaarde voor de patiënt

Dat een samenwerking in gang wordt gezet is vooral noodzakelijk voor de patiënt zodat de zorg op de gewenste manier geleverd wordt. Bijna alle respondenten geven aan dat een samenwerking vooral belangrijk is om ervoor te zorgen dat de **mensen er geen last van hebben** dat de professionals die bij hen thuis komen deels betaald worden door de gemeente en deels door de zorgverzekeraar. Het is voor de cliënt niet belangrijk wie er achter de zorg zit, zo lang deze maar goed geleverd wordt en zo lang er goed geschakeld wordt tussen de verschillende wetten (Rijk3; UTR2; UTR3; ZK2; R2; R3; R5 t/m R10 & R15). Ook Respondent 5 erkent dit belang: *“Allebei willen we dat de cliënt zo min mogelijk last heeft van het feit dat de verschillende zorg uit verschillende potjes komt”*. Dat de patiënt ook, op papier, centraal staat bij Zilveren Kruis, is ook terug te zien in het inkoopbeleid: *‘De*

zorgvraag voor onze klanten is het uitgangspunt in de afspraken met de aanbieders.’ (ZK1). Vandaar dat ook in het convenant tussen Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht is vastgelegd, dat de inwoners/verzekerden in Utrecht geen last mogen hebben van schotten tussen en veranderingen in regelgeving en financiering (UTR2 & UTR3).

Bovendien blijkt uit de documentanalyse en de gesprekken met de respondenten dat de samenwerking vanzelfsprekend is, omdat in de praktijk de **verantwoordelijkheden van beide organisaties overlappen** (UTR3; ZK2; R2; R5; R7 & R8), zoals blijkt uit het interview met Respondent 7: *“Er worden heel veel mensen medisch behandeld die daar niet thuis horen en die daar ook niet geholpen worden. Dus het zou die mensen en in tweede instantie ons helpen als we samen zouden kunnen optrekken om die mensen de begeleiding te geven die wel helpt”*. Ook Respondenten 2 en 5 geven aan dat patiënten vaak eenzaam zijn of psychologische klachten hebben en er meer baat bij hebben om geholpen te worden door iemand in het sociaal domein dan door een huisarts in het medische domein (R2 & R5). Daarnaast blijken niet alleen de verantwoordelijkheden aan elkaar te raken, maar is ook sprake van een **overlap in het leveren van de zorg**. Er is namelijk sprake van een overlap tussen de persoonlijke verzorging van de patiënt door de wijkverpleging, die valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, en de hulp die deze patiënt krijgt vanuit de Wmo, de verantwoordelijkheid van de gemeente (Rijk2; UTR3; R3; R5 & R15). Volgens Respondent 7 zorgt dit voor een onoverzichtelijke situatie voor de patiënten: *“Daar waar ziektekostenverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de persoonlijke verzorging, via de wijkverpleging, en daarbij achter dezelfde voordeur komen als waar onze Wmo mensen komen, waardoor het voor de inwoner een vrij versnipperd geheel wordt van dienstverleners die aan hun deur komen”*.

Uit de gesprekken komen drie thema’s naar voren waarbij deze overlap vooral terug te zien is en de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar onvermijdelijk is: de ouderenzorg, de GGZ en de jeugdhulp als de jongere 18 jaar wordt. De ouderen krijgen bijvoorbeeld vanuit de gemeente huishoudelijke hulp, dagbesteding of hulp vanuit een buurtteam, terwijl vanuit de zorgverzekeraar een wijkverpleegkundige zorg komt verlenen (ZK3; R5 & R15). Het blijkt vaak zelfs voor deze professionals onduidelijk wie nou verantwoordelijk is voor welke taak. Een veel genoemd voorbeeld door de respondenten is de maaltijdvoorziening. Het klaarzetten van de maaltijd valt onder de verantwoordelijkheid van het buurtteam en dus van de gemeente, terwijl het toezien op het feit dat de maaltijd daadwerkelijk opgegeten wordt onder de verantwoordelijkheid valt van de wijkverpleging en dus van de zorgverzekeraar. Een goede afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraar is in dit geval dus wenselijk (ZK1; R2; R3; R5; R8; R9 & R11), zoals eveneens blijkt uit het gesprek met Respondent 5: *“Gaat de ene het klaarzetten en de ander toezien dat het opgegeten wordt? Dat kan natuurlijk handiger, maar dan moet je wel met elkaar afspreken hoe je het doet”*.

5.1.2 De meerwaarde voor gemeenten en zorgverzekeraar

Een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar is niet alleen noodzakelijk voor de patiënt, maar de samenwerking kan ook voordelen met zich meebrengen voor de gemeenten en zorgverzekeraar zelf (R1; R9 & R11). Het is voor allebei in hun eigen belang dat de **burgers/verzekerden gezond zijn**: *“Ze willen allemaal het goed doen voor hun klanten en goed voor hun klanten zorgen, want hun klanten gaan volgend jaar weer een nieuwe zorgverzekeraar kiezen of die gaan over 2 jaar weer stemmen. Dus dat willen ze wel dus dan ehm en dan hebben ze ook wel belang bij die samenwerking”* - (R1). Zowel de gemeenten als de zorgverzekeraar willen dat de burgers

tevreden zijn zodat ze weer opnieuw herkozen worden en niet wisselen van politieke partij of zorgverzekeraar.

Daarnaast is het ook in het belang van de zorgverzekeraar dat de samenwerking gerealiseerd wordt en de zorg goed op elkaar wordt afgestemd, want daardoor kan de zorg **efficiënter** geleverd worden (R9 & R11). Wanneer deze afstemming goed verloopt, hoeft minder geld uitgegeven te worden aan de zorg, hetgeen ervoor kan zorgen dat de zorgpremie in het volgende jaar lager kan worden. Daardoor wordt de desbetreffende zorgverzekeraar aantrekkelijker voor haar cliënten (ZK1; ZK2, p. 22; R1; R9 & R11). Daarnaast blijkt uit de gesprekken dat zorgverzekeraars zich **profileren op bepaalde thema's** waardoor zij zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Dit komt overeen met één van de drie hoofdambities van Zilveren Kruis in 2018, namelijk 'Onderscheidend zijn voor onze verzekerden' (ZK1). Door op een specifiek thema, zoals ouderenzorg, te investeren in een goede samenwerking met de gemeenten en daardoor betere en/of goedkopere zorg te leveren kan de zorgverzekeraar zich profileren (R4; R9 & R10). Ook volgens Respondent 11 kan dit een meerwaarde zijn voor zorgverzekeraars: *"Maar het is wel deels PR, ik denk dat ze er wel mee kunnen shinen zeg maar, landelijk ook wel, dus bij het ministerie of bij ZN of bij VNG. Dus dat ze er wel een soort van mee kunnen pronken van joh dit doen we allemaal"*.

Ook de gemeenten kunnen voordeel behalen uit een goede samenwerking. De gemeenten hebben voornamelijk als doel om hun burgers **tevreden en gezond** te houden: *"De gemeente heeft veel meer een 'wij willen onze inwoner zo goed mogelijk bedienen- strategie'. Dat is hun motto. [...] Dat inwoners goede zorg en ondersteuning krijgen."* – R11. Bovendien is de Wmo er op gericht om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten zijn. Om dit te realiseren, heeft de gemeente budget tot haar beschikking om hulp en ondersteuning in te kopen in het kader van de Wmo, maar dit budget is beperkt en zij is voor zwaardere zorg voor haar burgers aangewezen om de Wlz en Zvw, en dus op de zorgverzekeraar (ZK2, p. 22). Ook voor hen is het daarnaast van belang dat de totale **maatschappelijke kosten beheersbaar** blijven en daarbij is een samenwerking en afstemming met de zorgverzekeraar gewenst (NG1; Rijk2; UTR1; UTR5; ZK1 & R7). Verder hebben oudere patiënten veelal te maken met meerdere beperkingen, waardoor zij integrale zorg nodig hebben. Zij moeten dikwijls langs de huisarts, maar zij moeten ook naar een medisch specialist, een fysiotherapeut en apotheker. Het is in het belang van de burger en daarmee van de gemeente dat de desbetreffende patiënt niet de hele dag bezig is om deze zorg te regelen. Voor de gemeenten is het voordelig als de zorgverzekeraar de zorg zodanig weet te organiseren dat alle betrokkenen een beetje samenwerken en elkaar weten te vinden (R1).

Kortom, uit de bevindingen komt naar voren dat een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar meerdere voordelen met zich mee kan brengen. Deze voordelen komen deels overeen met de voordelen die naar voren komen uit de literatuur, zoals weergegeven in *Tabel 5.1*. In de tweede kolom is aangegeven in welke mate de reden vanuit de literatuur om een samenwerking aan te gaan overeenkomt met de reden voor de gemeenten en zorgverzekeraar om een samenwerking aan te gaan. Een 'plus' geeft aan dat de reden vanuit de literatuur overeenkomt met de praktijk en een 'min' geeft aan dat de argumenten niet overeenkomen met de bevindingen. De hoeveelheid icoontjes staat voor de mate waarin de reden van belang is.

Baten vanuit de literatuur om samenwerking aan te gaan:	Speelt een rol in de praktijk:	Toelichting:
Onvermijdelijk	++	Naast het feit dat de samenwerking wettelijk is vastgelegd, blijkt het vooral noodzakelijk dat de patiënten er geen last van hebben dat de zorg deels geleverd wordt door de zorgverzekeraar en deels door de gemeente. Bovendien overlappen de verantwoordelijkheden en de zorg die geleverd wordt dikwijls waardoor een goede afstemming gewenst is.
Ontstaan nieuwe inzichten en mogelijkheden	-	Dit blijkt geen grote drijfveer te zijn voor het creëren van een samenwerking. Ook zonder samenwerking kan de zorg namelijk geleverd worden, alleen een stuk minder efficiënt
Zichtbaarheid vergroten	+	Samenwerking biedt de mogelijkheid voor de zorgverzekeraar om zich te profileren en zich daarmee te onderscheiden van andere zorgverzekeraars.
Efficiëntie vergroten	+	Door samen te werken kan de zorg efficiënter en doelmatiger geleverd worden, wat zorgt voor lagere zorgkosten waardoor de zorgpremie omlaag kan.

Tabel 5.1: Baten van samenwerking

De belangrijkste reden om een samenwerking aan te gaan blijkt dus te liggen in het feit dat de samenwerking onvermijdelijk is, zowel in de ogen van de patiënt, de gemeenten als de zorgverzekeraar. Opvallend is dat hoewel deze zorg aan de ene kant onvermijdelijk is en ook veel voordelen met zich mee brengt, de samenwerking aan de andere kant toch niet van de grond komt. Hieronder wordt ingegaan op de redenen waarom dit niet lukt.

5.2 Knelpunten bij de samenwerking

Hoewel een samenwerking veel voordelen met zich mee kan brengen, blijkt het in de praktijk makkelijker gezegd dan gedaan om deze samenwerking te realiseren. Ook Respondent 6 geeft dit aan: *“Het dreigt zo’n onderwerp te zijn van ja samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar... ja tuurlijk! Daar kan je niet tegen zijn, dat moet wel goed zijn! Maar toch denk ik van ja als je heel concreet wil kijken dan is het vaak toch lastig”*. Uit de interviews zijn drie knelpunten af te leiden die de samenwerking in de weg staan, namelijk: een verschil in belangen en prioriteiten, verschil in doorwerking van financiële prikkels en gebrekkige communicatie.

5.2.1 Andere belangen en prioriteiten

Het eerste knelpunt dat een rol speelt bij de samenwerking - het **verschil in belangen en prioriteiten** - komt op verschillende manieren naar voren. De zorgverzekeraar doet vanwege beperking in wet- en regelgeving alleen individuele, claimgerichte uitgaven voor haar verzekerden. Daarnaast is de zorgverzekeraar een private verzekeringsmarkt, waardoor hij de prikkel heeft om zakelijk en kostenefficiënt te werken. De gemeente daarentegen ziet het liefst dat de uitgaven betrekking hebben op al haar burgers, dus op het collectief, en is bovendien lokaal en politiek gestuurd, waardoor haar aandacht uit kan gaan naar prioriteiten op een bepaald moment. Deze verschillen worden hieronder verder toegelicht.

5.2.1.1 Wettelijke beperkingen geven verschillende mogelijkheden

Zorgverzekeraars zijn verzekeraars wat betekent dat zij een groot deel van het geld dat zij te besteden hebben, ontvangen uit belastinggeld (R1). Dit brengt met zich mee dat zij aan streng

toezicht onderworpen zijn vanuit de Rijksoverheid en de Nederlandse Zorgautoriteit die controleren of de zorgverzekeraars hun geld rechtmatig uitgeven. Zorgverzekeraars zijn hierdoor gebonden aan wet- en regelgeving en dus aan hun opdrachten en kaders, want zij mogen alleen investeren in zorgkosten of andere aangelegenheden, waarvoor zij toestemming hebben gekregen vanuit de wet (R5 & R14). Dit komt ook naar voren tijdens het gesprek met Respondent 9, werkzaam bij een zorgverzekeraar: *“Bovendien zitten wij aan heel ander toezicht verbonden. Wij kunnen niet zomaar zeggen als verzekeraar dat wij geld uit gaan geven aan preventie of richting gemeenten... dat mag niet zomaar, want wij moeten de gelden die wij gehad hebben, de premiegelden, moeten – zoals dat dan heet – rechtmatig besteed worden. Die mogen alleen besteed worden aan dat waar die verzekering over gaat. Je mag daar niet zomaar buiten treden.”*

Hoewel een zorgverzekeraar wellicht zou willen investeren in bepaalde projecten, geeft zij dus aan hiertoe niet in staat te zijn vanwege de **beperking door wet- en regelgeving**. In de wet staat onder andere aangegeven, dat de zorgverzekeraars een individuele taak hebben. Op het moment dat een cliënt naar een dokter gaat, betaalt de desbetreffende zorgverzekeraar de rekening aan deze dokter. De zorgverzekeraar krijgt hierdoor individuele rekeningen van de verzekerden. Een voorbeeld hiervan komt naar voren tijdens het gesprek met Respondent 4, een respondent namens de gemeenten:

“Maar alles wat zij doen moet toegewezen zijn aan één specifieke patiënt, cliënt. Als jij je been breekt, dan krijg je gips enzovoort. Dat is dan helemaal toegewezen aan jou. Dus die kosten zijn evident. Maar zodra er iets met je aan de hand is maar we weten niet wat er precies is en we willen dat met elkaar gaan uitzoeken, dan kan een zorgverzekeraar... dan ben je nog geen patiënt en misschien wordt je dat ook niet. Maar er wordt wel iets gevraagd van iemand die wat uit de ZVW moet doen, een medisch specialist, en die zegt van ja alles leuk en aardig maar ik krijg er niet voor betaald dus ik ga er niet heel veel tijd in steken”.

Hoewel de wens er wellicht wel is bij de zorgverzekeraar om te investeren, blijkt de zorgverzekeraar vaak als argument te geven om geen samenwerking aan te gaan dat zij hiertoe beperkt is vanwege de wet (R1; R5; R13). Dit brengt soms problemen met zich mee voor het aangaan van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is dus erg beperkt door wet- en regelgeving en wil (en kan) slechts uitgaven doen **voor individuen** en alleen zijn eigen verzekerden. De gemeente heeft echter een **collectieve taak** voor al haar burgers waardoor zij veel vrijer is in haar bestedingen (R9). Zij ziet het liefst dat de afspraken die zij maakt met de zorgverzekeraar gelden voor al haar inwoners, voor alle verzekerden.

5.2.1.2 Regionale private verzekeringsmarkt versus lokale politieke sturing

Een verschil tussen gemeenten en zorgverzekeraars ligt in het feit dat zorgverzekeraars opereren op een deels **private zorgverzekeringsmarkt** en meer te vergelijken zijn met een bedrijf (R3 & 10). Zorgverzekeraars zijn namelijk verzekeraars wat betekent dat zij de diensten zo goedkoop mogelijk moeten aanbieden, aangezien zij **concurreren** op de premie met andere zorgverzekeraars en daardoor gedwongen zijn zakelijk te denken (R1; R6 & R10). Vandaar dat zorgverzekeraars **regionaal en generiek** opereren met **kostenefficiëntie** als belangrijkste doel (R3). De gemeenten zijn daarentegen **lokale democratieën** en hebben daardoor te maken met **politieke sturing**. Zij willen **maatwerk** en blijken soms zelf sturing te kunnen geven aan de problemen die zij **lokaal** oppakken en

waar zij aandacht aan willen besteden, mits er genoeg draagvlak is vanuit de gemeentepolitiek (R10 & R15).

Uit de gesprekken blijkt dat de zorgverzekeraars het als een belemmering zien dat de gemeenten zelf de mate kunnen bepalen waarin zij problemen aanpakken. Zij hebben namelijk het gevoel dat de gemeenten **plotseling voorrang kunnen geven aan andere prioriteiten** en zich minder bezig houden en minder werknemers vrijmaken om energie te steken in het onderwerp, waarop een samenwerking met de zorgverzekeraar is opgezet (R6; R10 & R15). Ook Respondent 9, werkzaam bij de zorgverzekeraar, geeft aan dat deze onzekerheid een belemmering kan zijn voor zorgverzekeraars om een samenwerking aan te gaan: *“En wat ook geldt, is dat als gemeente X morgen een motie aanneemt van we stoppen morgen met die preventie, dan stoppen ze er ook van de een op de andere dag mee”*. De gemeenten lichten toe dat dit geen rol speelt en dat zij niet ineens minder energie en middelen zullen steken in een samenwerking met de zorgverzekeraar, aangezien het nog steeds van belang is voor de gemeenten en de inwoners, dat de kwaliteit van leven wordt verhoogd en de maatschappelijke kosten worden verlaagd. Daarnaast kan een vastgelegde samenwerking juist ervoor zorgen, dat de gemeenten gebonden zijn aan de samenwerking met de zorgverzekeraar en zich niet gemakkelijk kunnen terugtrekken (R7 & R8, beiden werkzaam bij de gemeenten). Toch blijkt deze onzekerheid een drempel te zijn voor de zorgverzekeraars waardoor zij terughoudend kunnen zijn in het aangaan van een samenwerking. De beeldvorming van de gemeenten bij de zorgverzekeraar blijkt hierbij dus tekort te schieten, maar heeft wel invloed op de bereidheid van de zorgverzekeraar om te gaan samenwerken.

Deze onzekerheid vanuit de zorgverzekeraar sluit aan bij de beschreven spanning tussen flexibiliteit en stabiliteit. Aan de ene kant biedt flexibiliteit grote voordelen, omdat de samenwerking stopgezet kan worden, wanneer blijkt dat het niet de gewenste resultaten oplevert. Vandaar dat de samenwerking vaak plaatsvindt in de vorm van een pilot van een jaar (R6). Aan de andere kant is het van belang dat zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars de zekerheid hebben dat een afspraak voor langere tijd staat vastgelegd. Zorgaanbieders willen vaak de garantie hebben, dat de afspraak geldt voor langere termijn. De afgesproken samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar kan namelijk veranderingen met zich meebrengen voor de manier van werken van de zorgaanbieder, waardoor een zorgaanbieder alleen bereid is om tijd en energie te steken in deze verandering op het moment dat dit voor langere tijd vastgelegd wordt (Rijk3; R2). Uit de gesprekken blijkt dat daarom een deel van de afspraken wordt vastgelegd in convenanten waarin doelstellingen en streefdoelen staan vermeld (R5 & R10). Deze convenanten zijn overigens vrij algemeen van aard, zodat ingespeeld kan worden op mogelijke veranderingen (R10). Dit sluit aan bij de balans in formalisering, zoals toegelicht in paragraaf 3.3.2. In convenanten moeten algemene afspraken, rechten en plichten met betrekking tot de samenwerking worden vastgelegd, zodat beide organisaties niet voor verrassingen komen te staan (R5), maar daarbij moet ruimte worden behouden om in te kunnen spelen op mogelijke veranderingen (R10).

5.2.2 Financiële prikkelwerking

Het tweede knelpunt bij het creëren van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar ligt bij het maken van afspraken wat betreft de **financiën**. Door het hierboven aangegeven verschil in bestedingsvrijheid is het vervolgens lastig om afspraken te maken met betrekking tot preventieve maatregelen. Daarnaast zijn vooral de zorgverzekeraars terughoudend in het maken van financiële

afspraken doordat zij afhankelijk zijn van derden voor de uitvoering van deze afspraken, namelijk van andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

5.2.2.1 Andere blik op preventie

De zorgverzekeraars mogen dus alleen maar uitgaven doen die vastliggen in de wet. Gemeenten zijn aan de andere kant een stuk vrijer in de besteding van hun middelen, aangezien zij een rijksbijdrage ontvangen met een financiële taakstelling maar hierbij veel beleidsvrijheid hebben om hun nieuwe taken uit te voeren. Dit verschil in bestedingsvrijheid brengt diverse knelpunten met zich mee, vooral met betrekking tot investeringen vanuit de gemeenten en zorgverzekeraar in **preventieve maatregelen**. Volgens de respondenten die bij de gemeenten werkzaam zijn, is het financieel gezien ook in het belang van de zorgverzekeraar om te investeren in goede zorg en in preventie, zodat de patiënt bepaalde zorg in de toekomst niet meer nodig heeft, waardoor de zorgkosten omlaag kunnen (R2; R3 & R7). De gemeenten geven aan dat de kosten van investeringen in preventie op dit moment voornamelijk liggen bij de gemeenten, maar de baten hiervan bij de zorgverzekeraar terecht komen (Rijksoverheid, 2016, p.6; R2; R7 & R8). Dit komt ook naar voren tijdens het gesprek met Respondent 2 (werkzaam bij de gemeente): *“Want ik ben misschien 10 jaar bezig met preventie voordat ik misschien 1 euro eruit boek. Ik als gemeente heb geld te besteden in preventie, dat wil ik van ganser harte. [...] Dus als één preventiemaatregel pas over 10 jaar geld oplevert, moet ik 10 jaar lang financieren. En ik merk niks, want wat is dan mijn simpele zielenredenering: degene die vanaf dag twee iets merkt, dat is die zorgverzekeraar”*.

Uit de gesprekken met de zorgverzekeraar komt echter naar voren, dat de baten niet slechts liggen bij de zorgverzekeraar maar dat ook de gemeente voordeel heeft van investeringen in preventie. Volgens Respondent 9 zorgt preventie ervoor dat mensen langer gezond blijven en langer blijven leven, waardoor er minder ziekteverzuim is, hetgeen voordelig is voor de gemeenten (R9). De baten liggen bovendien niet zo zeer bij de zorgverzekeraar, aangezien de hoge zorgkosten door patiënten voornamelijk worden gemaakt in de laatste twee jaar van iemands leven: *“De kosten in de gezondheidszorg worden in de laatste 2 jaren gemaakt. Daar zijn de hoogste kosten dan word je oud en gebrekkig en krijg je chronische aandoeningen en dan lopen de kosten heel snel op. En die laatste 2 jaar die stel je met preventie alleen maar even uit. We zouden die levensverwachting wel op kunnen krikken, maar die laatste 2 jaar komen er altijd aan”* – R9. Daarnaast is het niet duidelijk of de investering in preventie daadwerkelijk iets oplevert. Het effect is misschien te zien over 30 of 40 jaar, maar dan is het niet duidelijk of dit effect daadwerkelijk aan de preventieve zorg lag die is gegeven. Het is niet met zekerheid vast te stellen of is voorkomen dat een patiënt een hartaanval heeft gekregen; die verbanden zijn niet te leggen (R4; R9 & R10). Bovendien is het niet duidelijk of de patiënt de rest van zijn leven verzekerd blijft bij de desbetreffende zorgverzekeraar. Op het moment dat de preventieve investering daadwerkelijk wat oplevert, kan de patiënt al gewisseld zijn van zorgverzekeraar (R4). Volgens Respondent 10, werkzaam bij een zorgverzekeraar, speelt deze onzekerheid echter geen grote rol, aangezien de verzekerden over het algemeen in de praktijk weinig blijken te wisselen (R10).

Het blijkt dus dat de gemeenten en zorgverzekeraar in een welles-nietes-discussie terecht dreigen te komen of investeringen in preventieve maatregelen wel of niet voordelig zijn voor de zorgverzekeraar. Dit komt onder andere doordat ze het niet eens kunnen worden over de verantwoordelijkheden. Dit komt eveneens naar voren in een veelgenoemd project ‘Welzijn op Recept’. Dit is een project dat is opgezet vanuit de gemeenten waarbij huisartsen de tijd, ruimte en

geld krijgen om een patiënt zo nodig door te verwijzen naar het sociaal domein. Dit project is twee jaar lang gefinancierd door de Zilveren Kruis en is in de ogen van de gemeenten bewezen effectief (R2; R7 & R8: allen werkzaam bij de gemeenten). Vandaar dat de gemeenten van mening zijn dat de zorgverzekeraar extra geld vrij moet maken voor de huisarts zodat de huisarts genoeg tijd en dus geld heeft om de doorverwijzing succesvol te realiseren.

Toch is het project na de pilot stop gezet, omdat het in de ogen van de zorgverzekeraar vanzelfsprekend is, dat de doorverwijzing door de huisarts van het medisch naar het sociaal domein plaatsvindt en dat de huisarts daar geen extra vergoeding voor nodig heeft: *“Het hoort toch tot het werk van de huisarts om goed door te verwijzen, daar gaan we toch niet extra voor betalen?”* - R9 (werkzaam bij de zorgverzekeraar). Respondent 14, ook werkzaam bij een zorgverzekeraar, geeft aan dat het niet de taak is van de zorgverzekeraar om hier extra kosten voor vrij te maken: *“Het is net hoe je aankijkt tegen de rol van de gemeenten. Welzijn is gewoon een gemeentelijke verantwoordelijkheid. [...] En wij zijn verantwoordelijk voor de financiering van de zorg. En dan heb je de discussie aan de ene kant dat je zorgkosten kunt besparen als je nog veel meer gaat investeren aan de voorkant, maar goed dan ga je wel een beetje voorbij aan wie nou welke verantwoordelijkheid heeft in het stelsel”*. Het blijkt dus dat de gemeenten en de zorgverzekeraar het niet eens zijn over de verantwoordelijkheden met betrekking tot preventie en of het wel of niet de verantwoordelijkheid is van de zorgverzekeraar om extra geld vrij te maken voor de doorverwijzing vanuit de huisarts.

Opvallend is dat zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid aangeeft wel bereid te zijn om samen te werken op het gebied van preventie. Zorg en Zekerheid werkt namelijk met gemeenten samen op het thema ‘Praktijkondersteuning (POH) jeugd GGZ’ (R15). Deze samenwerking bij ‘POH jeugd GGZ’ richt zich op extra financiering van medewerkers die als praktijkondersteuner het werk van de huisarts kunnen verlichten door het overnemen van laagdrempelige ondersteuning en het doen van doorverwijzingen. Het project ‘POH jeugd GGZ’ is daarmee vergelijkbaar met het project ‘Welzijn op Recept’, aangezien in beide projecten tijd en geld vrijgemaakt moet worden voor een doorverwijzing. De doorverwijzing is hiermee een preventieve maatregel, aangezien een goede doorverwijzing kan voorkomen dat de klachten van de patiënt verergeren, waardoor de zorgkosten op lange termijn kunnen verminderen (R8 & R15). Hoewel Zilveren Kruis zowel bij het project ‘Welzijn op Recept’ als bij ‘POH jeugd GGZ’ aangeeft dat het niet hun verantwoordelijkheid is om extra geld vrij te maken voor de doorverwijzing, blijkt Zorg en Zekerheid hiertoe wel bereid (R8). Volgens Respondent 15, werkzaam bij Zorg en Zekerheid, ligt dit aan een verschil in visie tussen beide zorgverzekeraars met betrekking tot het investeren in preventieve maatregelen: *“[...] dat heeft te maken met je visie op preventie”*. Het blijkt dus (deels) aan de visie van Zilveren Kruis te liggen dat zij niet bereid is om in de samenwerking op deze thema’s te investeren.

Doordat de gemeenten en Zilveren Kruis het niet eens kunnen worden over investeringen in preventieve maatregelen, worden weinig samenwerkingen met betrekking tot preventie opgezet. Hoewel uit de theorie naar voren komt dat een gezamenlijke financiering door middel van *blended* en *braided funding* de oplossing kan bieden voor de financiële schotten, blijkt uit de gesprekken dat de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist nog niet zo ver zijn in hun samenwerking met Zilveren Kruis om daadwerkelijk over gezamenlijke financiering te praten. Zij zitten nog in de fase ervoor, waar ze op zoek moeten gaan naar een project waarop een samenwerking tot stand kan komen (R2; R3 & R7).

5.2.2.2 Afhankelijkheid van derden

Veel respondenten geven aan dat een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar niet los kan worden gezien van **andere zorgverzekeraars** (R4; R5; R9; R10 & R13). In Nederland zijn tien zorgverzekeraars, waarvan Zilveren Kruis tot de top vier behoort (R9 & R10). Uit de gesprekken blijkt dat de gemeenten over het algemeen niet kunnen kiezen met welke zorgverzekeraar zij willen samenwerken, maar zij is vaak gedwongen om met de preferente zorgverzekeraar in de gemeente rondom de tafel te zitten vanwege het grote aandeel verzekerden in die gemeente. Voor een verzekeraar met een klein aandeel verzekerden is de meerwaarde namelijk niet groot genoeg om tijd, energie en geld te investeren in een samenwerking (R7; R9 & R13). Dit komt eveneens naar voren tijdens het gesprek met Respondent 7: *“Nee er is geen wettelijke plicht volgens mij dat wij afspraken maken met de preferente zorgverzekeraar, maar het is wel hoe zorgverzekeringsland zich georganiseerd heeft”*.

Op het moment dat de preferente zorgverzekeraar, in dit geval Zilveren Kruis, een afspraak maakt met de gemeenten, willen deze gemeenten veelal dat deze afspraak betrekking heeft op alle burgers; dus ook op inwoners die bij een andere zorgverzekeraar dan Zilveren Kruis verzekerd zijn (R4). De afspraken die gemaakt worden door de grootste verzekeraar in een gebied, moeten dus eigenlijk gevolgd worden door de andere zorgverzekeraars. Wanneer deze samenwerkingsafspraken slechts betrekking hebben op een aanpassing van de werkwijze van de gemeenten, zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder, brengt dit geen problemen met zich mee en worden deze afspraken door andere zorgverzekeraars in de desbetreffende gemeenten gevolgd (R14 & R15). Een voorbeeld van een samenwerking met betrekking tot een verandering van werkwijze is een samenwerking in de jeugdzorg. Jongeren onder de 18 jaar vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten, maar zodra deze jongeren 18 jaar worden vallen zij uit de jeugdhulp en vallen zij onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat jeugdigen rond de 18 jaar tussen wal en schip vallen doordat de verschillende wetten niet goed op elkaar aansluiten, kan een checklist worden opgesteld. Deze checklist geeft een beeld van de risico's van de jeugdigen rond de 18 jaar en kan helpen bij het afstemmen van de verantwoordelijkheden in de zorg door vaste aanspreekpunten aan te wijzen bij zowel de gemeenten als de zorgverzekeraar.

Wanneer een samenwerking vraagt om extra investeringen vanuit de zorgverzekeraar, zoals het geval bij het project 'Welzijn op Recept', gaan de zorgkosten en dus de zorgpremie omhoog. Wanneer de samenwerking extra kosten met zich meebrengt, is het niet vanzelfsprekend dat de andere zorgverzekeraars zich aansluiten bij de gemaakte afspraken (R4; R14 & R15). Dit komt ook naar voren tijdens het gesprek met Respondent 13, werkzaam bij een zorgaanbieder: *“Het is niet zo dat wij met de grootste zorgverzekeraar rondom de tafel zitten en dat de rest dan volgt. Nee, was dat maar zo. Dat was wel zo, maar dat is niet meer zo in het kader van de marktwerking”*. Zeker vanwege de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars in het marktstelsel, zijn zorgverzekeraars hierin terughoudend (R4 & R13). Een samenwerking die extra zorgkosten met zich meebrengt kost een zorgverzekering namelijk veel geld en tijd. Wanneer de andere zorgverzekeraars in de desbetreffende gemeente niet bereid zijn om deze gemaakte afspraken met de gemeente te volgen, investeert alleen de preferente zorgverzekeraar, wat onvoordelig is voor zijn concurrentiepositie (R13). Ook Respondent 6 geeft aan dat deze onderlinge concurrentie een belemmering kan zijn voor de zorgverzekeraar om te investeren: *“De zorgverzekeraars die zitten echt wel met de kosten. De concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt vindt vooral plaats op de premie. Die willen vooral niet dat*

de zorgkosten stijgen door elke investering die ze doen. Want samenwerken betekent vaak ook wel investeringen, dat er mensen vrijgespeeld moeten worden dat er geld beschikbaar moet worden”.

Zilveren Kruis had bijvoorbeeld de wijkverpleging buurtgericht ingekocht, zodat goede afstemming plaats kon vinden tussen de cliënten en de professionals. Om dit project succesvol te realiseren was het nodig, dat andere zorgverzekeraars zich aan zouden sluiten bij deze afspraak en de zorg op dezelfde manier in zouden kopen, maar in de praktijk bleken andere zorgverzekeraars hiertoe niet bereid (UTR3; R9). Ook de respondent van Zorg en Zekerheid geeft aan dat Zorg en Zekerheid wel volgt in afspraken die gemaakt worden tussen Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht, wanneer deze afspraken gaan over de werkwijzen waarbij geen extra kosten gemaakt worden, maar wanneer de samenwerking met de gemeenten een extra investering vergt, is hij terughoudend om de afspraak te volgen (R15).

De samenwerking is ook afhankelijk van de **zorgaanbieders** (R4 & R9). Uit de bestudeerde documenten komt naar voren dat zorgaanbieders een belangrijke rol spelen en dat bij het creëren van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar ook rekening moet worden gehouden met de zorgaanbieders (Rijk1; Rijk2; Rijk3; UTR1 & UTR3). Het is niet mogelijk om vanuit het kantoor van de gemeenten en van de zorgverzekeraar beleid op te stellen zonder hierbij rekening te houden met de mensen die deze zorg leveren (R10). Deze zorgprofessionals hebben namelijk veel medische kennis en opereren erg zelfstandig, wat gevolgen met zich meebrengt voor gemeenten en zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld een verandering bedenken en willen uitvoeren, maar voor deze uitvoering is hij afhankelijk van de bereidheid van de zorgaanbieder om dit daadwerkelijk te realiseren. Dit blijkt een belemmering te zijn voor de zorgverzekeraar om een samenwerking met de gemeenten aan te gaan, doordat hij het gevoel heeft dat de zorgaanbieders vanwege hun medische specialistische kennis soms erg eigenwijs kunnen zijn en niet altijd bereid zijn om opgelegde veranderingen naar aanleiding van afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraar door te voeren (R9 & R10).

Uit een gesprek met een zorgaanbieder (R13) blijkt echter dat de zorgaanbieders niet zo zeer eigenwijs zijn, maar dat zij hebben te maken met meerdere, verschillende zorgverzekeraars die elk hun eigen afspraken maken. Deze respondent geeft aan dat bij de ene zorgverzekeraar een behandeling van een patiënt door een GZ-psycholoog wel vergoed wordt, maar bij een andere zorgverzekeraar dit niet vergoed wordt (R13). Hoewel de gemeenten niet kunnen kiezen bij het aangaan van een samenwerking, maar daarbij vaak gebonden zijn aan de preferente zorgverzekeraar, heeft de zorgaanbieder te maken met alle zorgverzekeraars die werkzaam zijn in de desbetreffende gemeente en moet zij met elk van deze zorgverzekeraars afzonderlijk afspraken maken. Het is dus lastig voor de zorgaanbieders dat de verschillende zorgverzekeraars vanwege de marktwerking eigen afspraken maken en elkaar niet volgen.

5.2.3 Lastige communicatie

Het derde en laatste knelpunt dat een rol speelt bij het tot stand brengen van een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar ligt in het feit dat de communicatie tussen de gemeenten en zorgverzekeraar moeizaam verloopt. Dit komt onder andere doordat de gemeenten en zorgverzekeraar **niet transparant** zijn naar elkaar toe over hun mogelijkheden en belemmeringen. Daarnaast beperkt de vaak snelle wisseling van contactpersonen de kans van slagen.

5.2.3.1 Gebrek aan transparantie

Uit de gesprekken komt naar voren dat de **gemeenten niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden** waarbij de zorgverzekeraar bereid is om een samenwerking aan te gaan. Volgens de respondenten van de zorgverzekeraar zijn samenwerkingen met de gemeenten mogelijk op thema's die staan weergegeven in samenwerkingskaarten (R10 & R15). Dit zijn documenten waarin voorbeelden staan beschreven, waarop in Nederland door diverse zorgverzekeraars reeds een samenwerking is aangegaan met een gemeente (AEF, 2017 & ZK2). De respondenten van de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist blijken echter terughoudend te zijn in het aannemen van samenwerkingen op thema's, die naar voren komen in deze samenwerkingskaarten. Doordat in het verleden **veel ideeën van de gemeenten voor een samenwerking afgekeurd** werden door de zorgverzekeraar, hebben de gemeenten het vertrouwen verloren dat het wel mogelijk is om een samenwerking aan te gaan op deze thema's (R7 & R8). Zeker het feit dat het project 'Welzijn op Recept' niet gerealiseerd kan worden terwijl dat in de ogen van de gemeenten een bewezen effectief project is, blijkt het vertrouwen vanuit de gemeenten erg geschaad te hebben (R7 & R8).

Hoewel de zorgverzekeraar aangeeft dat hij het merendeel van de plannen vanuit de gemeenten niet kan uitvoeren, omdat deze plannen niet vielen binnen zijn taakstelling en wettelijke verplichtingen, komt naar voren, dat de gemeenten hierdoor sceptisch komen te staan ten opzichte van de zorgverzekeraar. Zij hebben het gevoel dat de energie die zij erin steken weinig oplevert. De energie vanuit de gemeenten blijkt steeds verder af te nemen om telkens opnieuw onderwerpen aan te dragen en tijd vrij te maken voor mogelijke samenwerkingen, die vervolgens in de ogen van de gemeenten toch vaak worden afgekeurd: *"Als je nog mensen kunt vinden die daar nog energie in willen steken, die het nog kunnen opbrengen om daar nog energie in te steken."* – R7, werkzaam bij de gemeente. Dit sluit aan bij de literatuur over vertrouwen waarin wordt vastgesteld dat de bereidheid om te investeren en om kwetsbaar te zijn afhangt van de mate van vertrouwen. In dit geval blijken de gemeenten terughoudender te worden in het aannemen van ideeën voor een samenwerking met de zorgverzekeraar, omdat zij het gevoel hebben dat de zorgverzekeraars toch niet meegaan met het project. Het blijkt dat de respondenten van de gemeenten niet goed op de hoogte zijn van de thema's waarop een samenwerking mogelijk is en dat zij steeds minder bereid zijn om hier actief achteraan te gaan en zelf met nieuwe ideeën te komen.

Aan de andere kant hebben de zorgverzekeraars het gevoel dat de gemeenten plotseling **andere prioriteiten** kunnen hebben en blijkt het voor de respondenten van de zorgverzekeraar **niet duidelijk waarom een samenwerking op bepaalde thema's niet mogelijk is** (R9 & R10). Volgens de respondenten van de zorgverzekeraar kunnen op veel thema's, zeker de thema's die naar voren komen uit de samenwerkingskaarten, samenwerkingen gerealiseerd worden (R10). Het is voor hen niet duidelijk waar het in de ogen van de gemeenten vastloopt, zoals blijkt uit het gesprek met Respondent 10 (werkzaam bij de zorgverzekeraar): *"Ja maar wat kan dan niet, snap je? Dan denk ik van waar zit dan die draaideur? [...] Waar zit dan dat pijnpunt en dan denk ik vervolgens van ja kom op gemeente, bel me dan over dat pijnpunt"*. Uit de gesprekken blijkt dus dat de gemeenten niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden waar wel een samenwerking gerealiseerd kan worden, terwijl de zorgverzekeraar niet bekend is met de knelpunten in de ogen van de gemeenten.

5.2.3.2 Bekende contactpersoon cruciaal

Een ander knelpunt waardoor de communicatie lastig verloopt, komt door de **wisseling van contactpersonen**. Zowel bij gemeenten als bij de zorgverzekeraar is volgens de respondenten sprake

van een grote doorstroom (R2; R7 t/m R12), zoals blijkt uit het gesprek met Respondent 9: *“...de wisseling van personeel. Het hangt vaak op personen en dat wisselt nogal snel dat personeel”*. Ook is sprake van andere overlegtafels op verschillende schaalniveaus, waardoor de organisaties telkens op ieder schaalniveau eerst moeten beginnen om elkaar te leren kennen (R7). Op het moment dat twee contactpersonen langere tijd met elkaar samenwerken, is het duidelijker wat van elkaar verwacht kan worden en is het niet nodig om tijd en energie te steken in het aftasten van de capaciteiten en ideeën van de ander (R2). Volgens Respondent 11 is het cruciaal wie de contactpersoon is vanuit de gemeenten en zorgverzekeraar. Om kans van slagen te hebben voor het opzetten van een samenwerking is het nodig dat de contactpersoon genoeg expertise in huis heeft en zelf bereid is om veel energie en tijd te steken in de samenwerking: *“[...] ook heel erg aan de persoon ligt. Dat als je bij de zorgverzekeraar iemand hebt die er echt voor gaat staan en die echt wel wil en bereid is om echt een beetje out of the box te denken en samen met gemeenten echt de zoektocht aan wil gaan, dan gaat dat denk ik gemakkelijker.”* – R11. De stap die Zilveren Kruis 1,5 jaar geleden heeft gezet om drie strategisch-managers aan te stellen, die verantwoordelijk zijn voor het contact met alle gemeenten en van wie één medewerker het contact onderhoudt met alle gemeenten in Midden-Nederland, blijkt daarom een erg goede stap, volgens zowel de respondenten van de gemeenten als van de zorgverzekeraar (R3; R8 & R9).

Kortom, hoewel een samenwerking veel voordelen met zich mee kan brengen en daarmee vanzelfsprekend lijkt, blijkt een aantal knelpunten een rol te spelen die de samenwerking in de weg staan, zoals hieronder weergegeven in *tabel 5.2*. Ook hierbij is in de tweede kolom met plussen en minnen aangegeven in welke mate de reden vanuit de literatuur overeenkomt met de praktijk.

Kosten vanuit de literatuur die een rol spelen bij het aangaan van een samenwerking:	Speelt een rol in de praktijk:	Toelichting:
Kost veel tijd en energie	+	Wisseling van contactpersonen vergt wel veel tijd en energie, maar de gemeentelijke afstemming blijkt geen belemmering te zijn
Aanpassing huidige manier van werken	+	Nieuwe (werk)afspraken met de gemeenten over inrichting zorg
Lagere kwaliteit en legitimiteit	-	De samenwerking zorgt niet direct voor een lagere kwaliteit en legitimiteit, maar wel voor hogere kosten en daardoor een minder aantrekkelijke positie ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

Tabel 5.2: Kosten van samenwerking

Deze knelpunten zijn ontstaan doordat de gemeenten en zorgverzekeraar twee verschillende organisaties zijn. In de tabel hieronder, *tabel 5.3*, is een overzicht van de relevante verschillen weergegeven:

Zorgverzekeraar	Gemeente
Gefinancierd vanuit belastinggeld, waardoor gebonden aan wet- en regelgeving	Gefinancierd vanuit Rijksbijdrage met financiële taakstelling, waardoor relatief vrije besteding van middelen
Beperkt aantal verzekerden (individuele, claimgerichte uitgaven)	Alle inwoners (het collectief)
Deels private verzekeringsmarkt, waardoor prikkel om zakelijk en kostenefficiënt te werken	Politieke sturing, waardoor aandacht uitgaat naar prioriteiten op bepaald moment
Landelijk/ regionaal opererend	Lokaal met maatwerk

Tabel 5.3: Verschillende belangen en prioriteiten

5.3 Best practice: de gemeente Utrecht

In de gemeente Utrecht komt de samenwerking met Zilveren Kruis een stuk soepeler tot stand dan in de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist (UTR1; UTR2 & UTR3). Uit de gesprekken met de respondenten komt een aantal redenen naar voren die een verklaring bieden voor het feit dat het in de gemeente Utrecht beter gaat. Om te beginnen is het voor Zilveren Kruis aantrekkelijk om met Utrecht een samenwerking aan te gaan, vanwege het feit dat Utrecht een grote stad is (R5). Het is volgens Respondenten 5 en 15 de strategie van Zilveren Kruis om in een aantal steden een pilot uit te zetten en aan innovatie te werken. De reden dat de zorgverzekeraar een grote stad uitkiest om een pilot uit te zetten ligt in het feit dat in de grote stad veel verzekerden zitten (R4; R5 & R15). Daarnaast is volgens Respondent 4 ook het label van een grote stad aantrekkelijk voor de zorgverzekeraar: *“Vanwege het label, dat ze met een grote stad samenwerken. Het bekt als zorgverzekeraar lekkerder als je zegt van ik ben met de gemeente Utrecht iets aan het doen of Amsterdam dan dat je zegt ik ben met een kleine gemeente... Dus dat is gewoon het label van de grote stad, de waarde van het merk”*.

Verder is ook de problematiek van een grote stad interessant voor de zorgverzekeraar (R4). Een probleem, zoals jongeren met overgewicht, komt volgens Respondent 4 uiteraard ook wel voor in kleinere steden, maar het concentreert zich in de grote steden: *“Maar ja veel problematiek concentreert zich in grote steden en dat zit misschien ook wel op het platteland, maar daar is het gebied wat dat bestrijkt ook weer zo veel groter. Dat maakt een samenwerking ook wel weer ingewikkelder, als je alles bepakt in één wijk hebt dan kan je een mooie pilot doen”*. Tot slot is de capaciteit van een grote stad ook beter. Onder andere ligt de kwaliteit van het college van Burgemeester en Wethouders vaak hoger in een grote gemeente dan in kleinere gemeenten. De grote gemeenten zitten namelijk op nationaal niveau en hebben een breder netwerk, aldus Respondent 1: *“De grote gemeenten zitten in dezelfde partij en komen elkaar vaker tegen, zo werkt dat met netwerkorganisaties. Dan kun je veel meer druk uitoefenen”*. Daarnaast is ook de capaciteit van een grote gemeente beter wat betreft geld, tijd en middelen die beschikbaar zijn vanuit de gemeente om te investeren in de samenwerking met de zorgverzekeraar. In de gemeente Utrecht is speciaal een functie die zich richt op de samenwerking met de zorgverzekeraar. Dit zorgt ervoor dat vanuit de gemeenten één aanspreekpunt is en dat deze persoon veel tijd en kennis heeft (R1 & R4). Ook Respondent 5 geeft aan dat het van belang is om een functie te hebben die zich met de samenwerking bezig houdt: *“En als je de tijd hebt om je in de samenwerking met de zorgverzekeraar te verdiepen dan is het ook een stuk makkelijker om de haakjes te vinden waar het wel kan en waar het niet kan”*.

5.3.1 Het ergens anders toepassen van een best practice

Idealiter zou een succesvolle samenwerking in een gemeente op een bepaald onderwerp gekopieerd kunnen worden en toegepast kunnen worden in andere gemeenten. Hoewel dit kopiëren voor veel projecten mogelijk is, is het van belang dat in de ‘nieuwe’ omgeving is voldaan aan een aantal voorwaarden. Om te beginnen moeten de gemeenten zelf ook bereid zijn om een project dat elders bedacht is in hun eigen gemeente uit te voeren (R10 & R11). Bovendien is het van belang dat sprake is van betrokkenheid bij het project vanuit de gemeente (R15). Wanneer een samenwerking gekopieerd wordt vanuit een andere gemeente is het lastiger om eigenaarschap te creëren in de ‘nieuwe’ gemeente (R10). Iedere gemeente heeft zijn eigen thema’s waarop zij graag een

samenwerking ziet. Er blijkt niet altijd behoefte in deze ‘nieuwe’ gemeente om een samenwerking op het thema van deze *best practice* te realiseren (R4 & R5).

Op het moment dat een gemeente bereid is om een samenwerking aan te gaan op het onderwerp waarop in een andere gemeente al een samenwerking gerealiseerd is, blijkt het vervolgens lastig te zijn om deze *best practice* in een andere gemeente toe te passen. Respondent 11 geeft aan dat een project erg context gericht is, waardoor een lokale vertaalslag nodig is op het moment dat het ergens anders uitgevoerd moet worden. Een samenwerking wordt vaak gemaakt samen met de lokale professionals en met de lokale zorgaanbieders, waardoor het moeilijk is om het naar een andere gemeente over te zetten (R11). De samenwerking vraagt namelijk veelal om een andere manier van werken van de zorgaanbieders en dat kost tijd om aangeleerd te worden (R5). Ook Respondent 11 geeft aan dat het veel tijd en energie kost om elkaar te leren kennen en te kijken naar de mogelijkheden voor de samenwerking: *“Het stuk voordat de pilot begint, dat duurt dan wel al een tijd. Het stuk van elkaar, dat klinkt allemaal zo cliché, maar echt elkaar leren kennen en elkaars taal leren spreken, kijken van wat zijn onze visies nou. Waar willen we op samenwerken, wat vinden we belangrijke thema’s?”*.

Naast de gestelde voorwaarden blijkt het ook van belang dat de *best practice* ook bereid is om de geleerde lessen over te dragen. Voor de gemeente Utrecht, de *best practice*, blijkt het veel tijd en energie te kosten om hun ervaringen te delen met andere gemeenten, aldus Respondent 5: *“Kijk Utrecht is lekker bezig. Of lekker bezig, we zijn in ieder geval in gesprek en we kunnen dingen doen. Dus als je zo met innovatie vooruit loopt dan voelt het als een stapje terug als je je moet inhouden om de rest aan te laten haken. Dus dat proberen we wel, maar je wilt ook wel gewoon door met wat je aan het doen bent”*. Wel blijkt de gemeente Utrecht in te zien dat het waardevol kan zijn om andere gemeenten mee te nemen in hun ervaringen: *“Ik zei laatst ook nog tegen mijn collega dat we nog eigenlijk moeten proberen om in de regio de andere gemeenten mee te nemen in wat we doen.”* – R5. Het is van belang dat voldaan is aan deze vier voorwaarden voor een succesvolle toepassing van een *best practice* in een andere gemeente.

5.3.2 Lessen vanuit de *best practice* voor Nieuwegein, Vianen en Zeist

Uit de onderwerpen waarop in Utrecht al wel een samenwerking gerealiseerd is, komt naar voren dat dit vooral onderwerpen zijn die betrekking hebben op werkwijzen van de gemeenten, zorgverzekeraar en/ of zorgaanbieder (UTR3; UTR4; R14 & R15). Volgens Respondent 14 gaan veel van de samenwerkingen tussen de gemeente Utrecht en Zilveren Kruis over werkafspraken: *“Daar zit geen kostenaspect aan vast, of een volgaspect van andere zorgverzekeraars, dat zijn gewoon praktische werkafspraken. Afspraken op de werkvloer tussen organisaties om de overgang op de werkvloer soepel te laten verlopen”*. Aangezien deze afspraken over het algemeen geen betrekking hebben op investeringen en dus op kosten, speelt het probleem van marktwerking in dit geval niet. De respondent van Zorg en Zekerheid geeft aan dat andere zorgverzekeraars daardoor vaak bereid zijn om zich aan te sluiten bij deze afspraken vanuit de preferente verzekeraar over de werkwijzen (R15). Uit de gesprekken met de respondenten vanuit de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist komt naar voren dat zij vooral afspraken proberen te maken waarbij wel extra geld nodig is vanuit de zorgverzekeraar (R8). Het vaak genoemde pijnpunt van ‘Welzijn op Recept’ vraagt om een extra investering vanuit de zorgverzekeraar, waarbij het dus van belang is dat andere zorgverzekeraars volgen. Ook de andere voorbeelden die genoemd worden blijken allemaal te gaan over extra

financiering vanuit de zorgverzekeraar (R8). Hierdoor is Zilveren Kruis niet bereid om te investeren in de samenwerking met betrekking tot 'Welzijn op Recept' (R14).

Naast het feit dat in Utrecht vooral samenwerkingen worden aangegaan op onderwerpen waar geen extra kosten voor de zorgverzekeraar bij komen kijken, blijkt uit de *best practice*, dat pas over eventuele investeringen gepraat kan worden op het moment dat de meerwaarde groot genoeg is voor beide organisaties (R13). Volgens Respondent 13 moet eerst het belang voor beide partijen om de samenwerking aan te gaan groot genoeg zijn en dan zijn beide organisaties misschien bereid om te kijken naar de mogelijkheden en om water bij de wijn te doen. De precieze verdeling in financiering verschilt volgens hem per casus waarbij de afspraak de ene keer meer in het voordeel is van de ene organisatie en de andere keer voordeliger is voor de andere organisatie (R13). Opvallend is dat uit de gesprekken met de respondenten uit de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist blijkt, dat zij erg snel het gesprek op de financiën brengen. Volgens hen ligt het grootste probleem bij de financiële afspraken die gemaakt moeten worden, terwijl uit de *best practice* naar voren komt dat afspraken over de financiën lastig zijn, maar wel mogelijk zijn op het moment dat beide organisaties het belang inzien van de samenwerking (R5 & R13). Hieruit blijkt dat de meerwaarde voor de zorgverzekeraar wellicht niet altijd groot genoeg is in de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist om te investeren in de samenwerking.

Deze meerwaarde voor de zorgverzekeraar kan toenemen op het moment dat middelgrote en kleine gemeenten onderling met elkaar samenwerken en daarbij één functie vrijmaken voor het contact met de zorgverzekeraar. De meeste middelgrote gemeenten hebben afzonderlijk niet de tijd en middelen om een functie vrij te maken voor het tot stand brengen en onderhouden van een samenwerking met de zorgverzekeraar (R3). Daarnaast blijkt het van belang dat duidelijk is hoe groot het aantal verzekerden is binnen deze samenwerkende gemeenten. Juist dit aantal verzekerden blijkt cruciaal te zijn voor de keuze voor een bepaalde gemeente om een samenwerking aan te gaan (R15).

Kortom, uit de *best practice*, de gemeente Utrecht, komt een aantal punten naar voren die van belang zijn voor een samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met Zilveren Kruis. Deze zijn hieronder in *figuur 5.1* weergegeven:

Voordelen van een grote gemeente:

- Het aantal verzekerden in een grote gemeente is groot
- Het label van een grote gemeente is aantrekkelijk voor de zorgverzekeraar
- Problematiek van een grote gemeente is interessant
- De capaciteit is beter door een hogere kwaliteit van het college B&W en meer geld, tijd en middelen

Voorwaarden voor het kopiëren van een *best practice*:

- De gemeente moet zelf bereid zijn om het project uit te voeren
- Er moet betrokkenheid zijn vanuit de gemeente
- De gemeente moet bereid zijn middelen te investeren in het maken van een lokale vertaalslag
- De *best practice* zelf moet ook bereid zijn om lessen over te brengen

Geleerde lessen uit *best practice*:

- Samenwerkingen die geen extra kosten vergen van de zorgverzekeraar hebben grotere kans van slagen
- De meerwaarde voor de zorgverzekeraar moet groot genoeg zijn voordat over kosten gesproken kan worden
- Samenwerken in samenwerkingsverbanden van gemeenten
- Creëer bereidheid en betrokkenheid vanuit de gemeenten

5.4 Het vergroten van mogelijkheden voor de samenwerking

Hierboven zijn diverse knelpunten weergegeven die een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar belemmeren. Uit de gesprekken en de *best practice* zijn drie aspecten te halen die de mogelijkheden voor het creëren van de samenwerking kunnen vergroten, namelijk: regionale samenwerking vanuit de gemeenten, het bereiken van doel-overeenstemming en het vergroten van het belang voor de zorgverzekeraar om de samenwerking aan te gaan.

5.4.1 Regionale samenwerking vanuit de gemeenten

Om te beginnen valt af te leiden dat de kans op een samenwerking met de zorgverzekeraar groter wordt op het moment dat de gemeenten onderling in **regionaal verband samenwerken**. Het is voor de zorgverzekeraar namelijk niet mogelijk om met alle gemeenten afzonderlijk afspraken te maken, aangezien er slechts 10 zorgverzekeraars zijn en 380 gemeenten (Rijk1; Rijk2; R4, R9 & R12). Daarnaast hebben zorgverzekeraars een regionale oriëntatie, aangezien zij op ten minste regionaal niveau zorg inkopen (R10). Ten derde valt uit de *best practice* af te leiden dat het voor een zorgverzekeraar interessanter is om met grote gemeenten of een samenwerkingsverband van gemeenten afspraken te maken, waardoor de meerwaarde voor de verzekeraar groter wordt.

Vandaar dat het voor samenwerking met een zorgverzekeraar wenselijk is dat de verschillende middelgrote gemeenten op regionaal niveau gaan samenwerken. Deze gemeenten moeten onderling afspraken maken en vervolgens gezamenlijk als één gemeente contact zoeken en een samenwerking aangaan met de zorgverzekeraar (R9 & R10). Voor veel gemeenten blijkt dit echter een lastige opgave aangezien de zorg een lokale verantwoordelijkheid is en iedere gemeente de zorg op haar eigen manier heeft ingericht (R4 & R15). De ene gemeente heeft een sociaal wijkteam, terwijl de andere gemeente dat niet heeft. Ook de thematiek en de problemen waar de gemeenten tegenaan lopen is niet in alle gemeenten hetzelfde, waardoor het lastig is om met elkaar overeenstemming te bereiken over de onderwerpen waarop de gemeenten gezamenlijk een samenwerking aan willen gaan met de zorgverzekeraar (R4). Op basis van de literatuur kwam naar voren dat de effectiviteit van een samenwerkingsverband kan verminderen als het aantal betrokken organisaties bij de samenwerking toeneemt, doordat meer tijd en bronnen nodig zijn om het besluitvormingsproces effectief te laten verlopen. Dit blijkt deels het geval te zijn bij de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Aan de ene kant is het lastig voor de gemeenten om met meerdere gemeenten onderling samen te werken en afstemming te bereiken. Aan de andere kant kost het de zorgverzekeraar juist minder tijd en geld om met meerdere gemeenten tegelijkertijd afspraken te maken op regionaal niveau.

Uit de gesprekken blijkt dat de gemeenten Nieuwegein, Zeist en Vianen het belang van gemeentelijke afstemming en onderlinge samenwerking al inzien, zoals naar voren komt tijdens het gesprek met Respondent 7: *“Nee, per gemeente lukt sowieso bijna niet”*. Ook in het coalitieakkoord 2014-2018 van Nieuwegein staat opgenomen dat de gemeente wil samenwerken met andere gemeenten: *‘Samenwerking is nodig om de juiste zorg en ondersteuning in de wijken te organiseren. Voor specifieke expertise en zorgaanbod, die we niet op lokale schaal kunnen organiseren, zoeken we samenwerking in de regio’* (NG1, p. 6). Vandaar dat zij op U10 niveau, een samenwerkingsverband tussen tien gemeenten in de provincie Utrecht, de samenwerking met Zilveren Kruis proberen aan te gaan (R3). Bovendien geven de respondenten van de desbetreffende gemeenten aan dat de onderlinge afstemming binnen de U10 over het algemeen goed is (R7 & R8). Ook de respondenten die werkzaam zijn bij de zorgverzekeraar zijn erg blij met het samenwerkingsverband U10 (R9 & R10):

“Dat hebben ze in Utrecht goed opgepakt, dat is heel belangrijk. [...] Dat is een hele belangrijke stap dat zij die U10 goed ontwikkelen, want hoe beter zij dat doen hoe meer kans ze hebben dat ze met Zilveren Kruis op verschillende terreinen afspraken kunnen gaan maken” - R9.

Opvallend is dat de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist weliswaar voldoen aan de voorwaarde om in regionaal verband samen te werken en gezamenlijke afstemming hebben, maar dat Zilveren Kruis (nog) niet bereid is om een samenwerking te creëren. Uit de *best practice* valt af te leiden dat dit komt doordat deze gemeenten op verkeerde thema's, thema's die kosten met zich meebrengen, een samenwerking aan willen gaan. Daarnaast valt uit de *best practice* en uit de gesprekken met zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid af te leiden dat het de visie is van Zilveren Kruis om in grote gemeenten een pilot voor een samenwerking op te zetten, vanwege het aantrekkelijke label (R5 & R15). Bovendien blijkt het van belang dat de gemeenten gezamenlijk één contactpersoon moeten hebben die het contact onderhoud met de zorgverzekeraar en dat duidelijk is hoe groot het aandeel verzekerden is binnen de samenwerkende gemeenten (R10). Uit de gesprekken komt naar voren dat op dit moment het zowel voor de zorgverzekeraar als voor de respondenten van de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist nog niet duidelijk is hoe groot het aantal verzekerden is (R8, respondent van één van deze drie gemeenten). De regionale samenwerking is dus noodzakelijk voor een samenwerking, maar blijkt niet voldoende.

5.4.2 Doel-overeenstemming bereiken

Ten tweede valt uit de gesprekken af te leiden dat de gemeenten over het algemeen op diverse thema's een samenwerking aan willen gaan met de zorgverzekeraar, maar dat vooral de zorgverzekeraar hierin terughoudend is. Dit valt deels te verklaren doordat **niet alle thema's waarop de gemeenten een samenwerking willen realiseren ook relevant zijn voor de zorgverzekeraar**, zoals blijkt uit het gesprek met Respondent 4: *“Niet alles wat voor een gemeente heel problematisch is, is voor de zorgverzekeraar ook heel problematisch. Zorgverzekeraars moeten niet van elk probleem last hebben”*. De meerwaarde van een samenwerking is in deze gevallen dus niet groot genoeg voor de zorgverzekeraar. Volgens Respondent 10 moet daarom op zoek gegaan worden naar gemeenschappelijke thema's en doelgroepen waarop beide organisaties samen kunnen werken. Een aantal thema's, waarop zowel de gemeenten als de zorgverzekeraar verantwoordelijkheden hebben en er dus sprake is van overlap, is al aan het begin van dit hoofdstuk toegelicht: namelijk GGZ, ouderenhulp en de overgang van de jeugdzorg van onder de 18 jaar naar boven de 18 jaar. Uit de bestudeerde bronnen en gesprekken komt naar voren dat deze overlappende thema's onderwerpen zijn waarop in andere gemeenten een samenwerking tot stand komt. Een overzicht van deze en andere onderwerpen, waarop samenwerkingen zijn aangegaan in Nederland door zorgverzekeraars en gemeenten, is weergegeven in samenwerkingskaarten (AEF, 2017; ZK2). Zoals eerder toegelicht zijn de gemeenten echter terughoudend in het aandrazen van onderwerpen uit deze samenwerkingskaarten, doordat zij het gevoel hebben dat de zorgverzekeraar deze plannen toch afkeurt. Hierdoor neemt de energie vanuit de gemeenten steeds verder af om telkens opnieuw onderwerpen aan te dragen en tijd vrij te maken voor mogelijke samenwerkingen, die in de ogen van de gemeenten toch niet door kunnen gaan (R8).

Naast de voorbeelden uit de samenwerkingskaart blijkt dat thema's die aansluiten bij de **pijlers** van de zorgverzekeraar interessant zijn voor deze zorgverzekeraar om een samenwerking op aan te gaan (R13 & R15). Iedere zorgverzekeraar heeft een aantal pijlers waarvoor hij zich hard maakt en waarop hij zich profileert ten opzichte van andere zorgverzekeraars. Zeker gezien het feit dat

zorgverzekeraars te maken hebben met marktwerking, proberen zij zich door middel van pijlers te onderscheiden van andere zorgverzekeraars (R10 & R13). Zilveren Kruis richt zich voornamelijk op **grensvlakken** (ZK3; R10 & R14). Dit zijn onderwerpen waarop sprake is van een overlap tussen de Wmo, de Wlz en de Zvw (R10). Uit de *best practice* blijkt dat dit veelal onderwerpen zijn waarop de gemeente Utrecht een samenwerking aan is gegaan met Zilveren Kruis, zoals een samenwerking met betrekking tot de GGZ (R5). Aan de ene kant koopt de zorgverzekeraar de hulp in en is zij vanuit de Zvw verantwoordelijk voor eventuele behandelingen, maar de begeleiding bij het dagelijks functioneren, zoals boodschappen doen en helpen koken, valt onder de Wmo en dus onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten (R3; R11 & R15).

Volgens Respondent 10, werkzaam bij Zilveren Kruis, zijn de pijlers van Zilveren Kruis online gemakkelijk te vinden voor de gemeenten. Zij geeft aan dat het openbare informatie is en via google gemakkelijk te achterhalen is (R10). Opvallend is dat de respondenten van de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist niet goed op de hoogte blijken te zijn van deze pijlers van Zilveren Kruis (R7 & R12): *“Nee, ik zou de ‘mission statement’ van Zilveren Kruis niet uit mijn hoofd weten”* – R8. Daarnaast blijkt de zorgverzekeraar geen strategiedocument te hebben waarin hun visie ten opzichte van de samenwerking met gemeenten staat beschreven (R10). Andersom hebben de gemeenten geen strategiedocument, omdat Zilveren Kruis daar volgens Respondent 8 (werkzaam bij de gemeente) geen meerwaarde van in ziet: *“Er is geen beleid omdat Zilveren Kruis dat niet wil”*. Uit de gesprekken valt af te leiden dat de gemeenten en zorgverzekeraar hierdoor niet goed op de hoogte zijn van elkaars pijlers en mogelijke thema’s waarop een samenwerking gerealiseerd kan worden.

Uit de literatuur komt naar voren dat stil moet worden gestaan bij de oorspronkelijke taak en wensen van de organisaties om doel-overeenstemming te bereiken. Organisaties die samenwerken hebben namelijk zowel een gezamenlijk doel – de reden waarom ze samenwerken – maar daarnaast heeft ook iedere organisatie zelf nog individuele doelen. Het is dus van belang dat de gemeenten en zorgverzekeraar op de hoogte zijn van elkaars belangen en mogelijkheden, zodat de nieuwe samenwerking aan kan sluiten bij de huidige taken en verantwoordelijkheden. Bovendien blijkt uit de *best practice* dat afspraken over de financiën pas gemaakt kunnen worden zodra overeenstemming is bereikt over het doel, de taakverdeling en de verantwoordelijkheden.

5.4.3 De meerwaarde voor de zorgverzekeraar vergroten

Tot slot neemt de kans op een samenwerking toe op het moment dat de gemeenten **de meerwaarde daarvan voor de zorgverzekeraar vergroten**. Hoewel de meerwaarde op papier wel duidelijk is voor beide organisaties, komt naar voren dat in de praktijk vooral voor de zorgverzekeraar deze meerwaarde niet altijd groot genoeg is. Dit komt door de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars en doordat niet alle thema’s even relevant zijn voor de zorgverzekeraar. Om deze meerwaarde te vergroten valt uit de gesprekken af te leiden dat het van belang is dat de gemeenten **inspelen op de prioriteiten** waarmee de zorgverzekeraar te maken heeft, zoals de marketingstrategie en de pijlers van de verzekeraar. Bovendien kunnen de gemeenten inspelen op wetswijzigingen waarmee de zorgverzekeraar te maken heeft.

Zo geven respondenten 9 en 15 aan dat de zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2019 een leefstijlcoach moeten contracteren. Deze leefstijlcoach maakt onderdeel uit van de Gecombineerde Leefstijlinterventie waarbij de patiënten met een gewicht-gerelateerd gezondheidsrisico zorg verzekerd krijgen. De huisarts kan hierbij de patiënten doorverwijzen naar een programma waarin de

patiënten een leefstijlcoach krijgt die hen helpt om gezonder te leven (R9 & R15). Deze leefstijlcoach wordt betaald vanuit de Zvw, en dus vanuit de zorgverzekeraar, maar om de juiste zorg te kunnen leveren is contact met de gemeenten wenselijk, zoals blijkt uit het gesprek met Respondent 9: *“En zo'n leefstijlcoach die dat uit gaat voeren die moet contacten leggen met de gemeenten. Want ook niet alleen op bewegen, maar ook op koken bijvoorbeeld, op voeding. Als je een avond moet worden begeleid met koken met een groep, ja dat gaan wij als zorgverzekering niet betalen natuurlijk. Dat moet echt de gemeente doen met de Wmo”*. De zorgverzekeraars mochten deze leefstijlinterventie eerst niet betalen vanuit de wet, want het zat voorheen niet in het pakket, maar door deze wetswijziging valt dit wel onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en wordt een samenwerking op dit thema ineens interessant voor de zorgverzekeraar (R9). Ook Respondent 11 geeft aan dat de gemeenten het belang voor de zorgverzekeraar om samen te werken moeten vergroten, zodat het ook voor hen interessant is om de samenwerking aan te gaan. Op het moment dat bijvoorbeeld blijkt dat er sprake is van hoge kosten op de GGZ-problematiek in een gemeente, die valt onder de Zvw en dus voor rekening komt van de zorgverzekeraar, kan het wellicht voor de zorgverzekeraar interessant zijn om door middel van een samenwerking te kijken naar mogelijkheden om de zorg effectiever te leveren (R11).

Het belang kan ook worden vergroot door een **zorgaanbieder of een ervaringsdeskundige** te betrekken bij de gesprekken over de samenwerking. Deze ervaringsdeskundige, zoals een oud GGZ-cliënt, heeft zelf ervaring met het ontvangen van de zorg en kan daarmee vanuit de praktijk duidelijk maken waarom de samenwerking van belang is (R11; R13 & R15). De zorgaanbieder of ervaringsdeskundige kan een ondersteunende rol spelen bij het bij elkaar brengen van de twee verschillende werelden van de gemeenten en zorgverzekeraar (R11). Dit sluit aan bij de rol van een sleutelpersoon om de schotten te overbruggen. De zorgaanbieder of ervaringsdeskundige is hierdoor een *boundary spanner* die de deels tegenstrijdige belangen van de organisaties samen kan brengen, aldus Respondent 11: *“Het zijn onafhankelijke partijen en die kunnen beide werelden even bloot leggen en zeggen van joh jij komt hier vandaan en jij komt nu hier vandaan, maar jullie zeggen eigenlijk hetzelfde maar jullie hebben gewoon hele andere bewoordingen”*.

Daarnaast komt naar voren dat tot nu toe weinig data worden uitgewisseld tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Deze **uitwisseling van data** kan helpen bij het formuleren van doelen waarop een samenwerking gerealiseerd kan worden en kan het belang van de samenwerking duidelijk maken (Rijk1; Rijk3 & R15). Hoewel deze data erg privacygevoelig zijn moet dit volgens de respondenten geen belemmering zijn om de gegevens met elkaar te kunnen vergelijken (R7 & R11). Ook Respondent 13 geeft aan dat de data weliswaar geanonimiseerd moeten worden, maar dat deze data vervolgens wel gebruikt kunnen worden om bepaalde thema's te formuleren waarop een samenwerking van belang kan zijn: *“Je kunt niet zeggen van nou we hebben deze patiënt en dit en dat, maar je kan het wel anonimiseren. [...] En we halen wel eens cijfers op dat we kunnen zien hoeveel van dit soort gevallen we in de bemoeizorg krijgen en hoeveel aanvragen we krijgen. Klopt dat nou met het gemiddelde wat jullie hadden? Dat soort dingen doen we wel”*. Het feit dat de data privacygevoelig zijn, blijkt het contact dus wellicht wel te kunnen bemoeilijken, maar het is geen belemmering waardoor de samenwerking niet tot stand kan komen (R11).

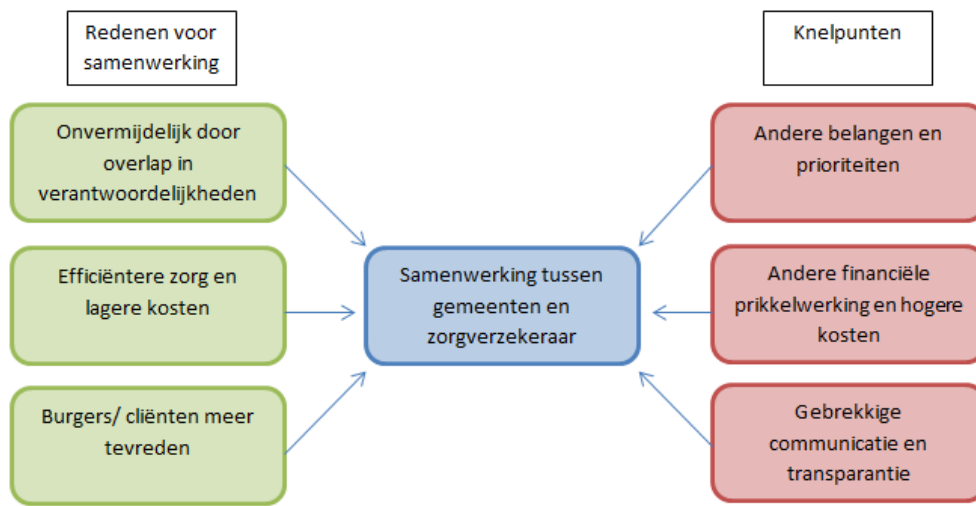
6. Conclusie

De gemeenten en zorgverzekeraar hebben allebei verantwoordelijkheden bij het leveren van de zorg en onderlinge afstemming is hierbij wenselijk om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van de zorg omhoog gaat. Daardoor blijven burgers namelijk langer gezond en hebben ze minder dure zorg nodig. Deze samenwerking blijkt echter niet altijd van de grond te komen. Ook de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist bemerken diverse knelpunten bij het creëren van een samenwerking met Zilveren Kruis. In dit onderzoek is gekeken waarom het van belang is om deze samenwerking te creëren, waar de knelpunten in de samenwerking zitten en waar mogelijkheden zijn om hier wat aan te doen. Na het analyseren van literatuur en beleidsdocumenten en het afnemen van interviews wordt in dit hoofdstuk een antwoord gegeven op de hoofdvraag van deze scriptie: *'Hoe kan de samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met zorgverzekeraar Zilveren Kruis gerealiseerd worden?'*

6.1 De meerwaarde en de knelpunten van de samenwerking

Een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar lijkt vanwege maatschappelijke veranderingen onvermijdelijk te zijn geworden. Mensen worden namelijk ouder dan voorheen en willen langer thuis blijven wonen. Daarnaast overlappen de verantwoordelijkheden van gemeente en zorgverzekeraar dikwijls en kan de zorg efficiënter geleverd worden wanneer goede afstemming plaatsvindt. Door samen te werken moet voorkomen worden dat mensen er last van hebben dat de professionals die bij hen thuis komen deels betaald worden door de gemeente en deels door de zorgverzekeraar.

Hoewel de samenwerking dus onvermijdelijk lijkt, bestaat er een aantal knelpunten die ervoor zorgen dat de samenwerking niet gerealiseerd wordt. De gemeenten en Zilveren Kruis hebben namelijk andere belangen en prioriteiten waardoor onderlinge frustratie kan ontstaan. Daarnaast zijn sommige samenwerkingen niet mogelijk, omdat Zilveren Kruis aangeeft beperkt te zijn in zijn mogelijkheden door wet- en regelgeving. De zorgverzekeraar mag alleen individuele, claimgericht uitgaven doen en opereren op een deels private verzekeringsmarkt met een regionale oriëntatie, terwijl de gemeenten werken voor het collectief, politiek gestuurd worden en maatwerk willen leveren. Deze verschillen in manier van werken brengen ook een andere financiële prikkelwerking met zich mee, aangezien gemeenten een stuk vrijer zijn in hun bestedingen van middelen dan Zilveren Kruis. Hierdoor is het lastig voor gemeenten en Zilveren Kruis om overeenstemming te bereiken over vergoedingen en investeringen in preventieve maatregelen. Tot slot is sprake van gebrekkige communicatie tussen beide partijen. Door over en weer een gebrek aan transparantie over hun belangen blijken de gemeenten en Zilveren Kruis niet goed op de hoogte te zijn van de mogelijkheden en knelpunten voor het creëren van een samenwerking. Dit wordt versterkt doordat de contactpersonen in het verleden regelmatig, waardoor steeds opnieuw veel tijd en energie vrijgemaakt moest worden om elkaar te leren kennen. Deze gebrekkige communicatie en wisseling in gesprekspartners zorgen ervoor dat de gemeenten het vertrouwen dreigen te verliezen dat een samenwerking met Zilveren Kruis mogelijk is. Hieronder in *figuur 6.1* is een overzicht weergegeven van de redenen en knelpunten bij het creëren van een samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met Zilveren Kruis:



Figuur 6.3: Overzicht redenen voor en knelpunten bij het creëren van de samenwerking

6.2 Schotten in de zorg

Uit de literatuur is naar voren gekomen dat bij het creëren van mogelijkheden voor een samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar rekening moet worden gehouden met twee schotten; namelijk een informatief schot en een financieel schot. Het informatief schot is ontstaan door een beperking in de mogelijkheden om data uit te wisselen vanwege privacy van patiënten. Het financiële schot is ontstaan door verschillende financieringsstromen. Deze twee schotten hebben invloed op de mogelijkheid om aan de voorwaarden voor samenwerking te voldoen. Er zijn vier voorwaarden uit de literatuurstudie naar voren gekomen die een rol spelen bij de mogelijkheden voor een samenwerking, namelijk: doel-overeenstemming, helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden, vertrouwen, en het aantal deelnemers.

Hoewel werd verwacht vanuit de literatuur dat het informatief schot invloed zou hebben op de voorwaarde 'duidelijkheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden' en 'vertrouwen', blijkt dit niet het geval te zijn. De beperking in informatie-uitwisseling blijkt alleen van invloed te zijn op de mate waarin 'doel-overeenstemming' bereikt kan worden, aangezien gemeenten en Zilveren Kruis door beperkingen vanwege privacy geen open kaart kunnen spelen en het daardoor lastiger is overeenstemming te bereiken.

Het financiële schot heeft eveneens invloed op de voorwaarde 'doel-overeenstemming', want organisaties kunnen door verschillende financiële belangen het niet eens worden over investeringen die komen kijken bij de samenwerking. Zilveren Kruis is terughoudend om een samenwerking aan te gaan wanneer dit extra kosten met zich mee brengt, omdat hij te maken heeft met marktwerking en moet concurreren met andere verzekeraars op de kosten. Vanwege het feit dat de andere zorgverzekeraars zich niet vanzelfsprekend aansluiten bij de afspraken die één zorgverzekeraar maakt met de gemeenten, moet Zilveren Kruis veel investeren wanneer hij de samenwerking aangaat zonder zelf veel voordeel te behalen uit de samenwerking. Zilveren Kruis geeft vanwege deze concurrentie vaak als argument dat het niet mogelijk is om de samenwerking aan te gaan wegens beperking vanuit de wet, terwijl de achterliggende reden veelal is dat hij geen extra kosten wil maken. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het project 'Welzijn op Recept'; vanwege verschillende financiële belangen bleek het niet mogelijk om hierop een samenwerking aan te gaan.

Daarnaast heeft het financiële schot, in tegenstelling tot de verwachting, geen invloed op de voorwaarde 'vertrouwen'. Wel blijkt het schot inderdaad van invloed te zijn op 'helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden'. Door verschillende financiële belangen is het onduidelijk of

het de taak is van Zilveren Kruis om te investeren in preventieve maatregelen of dat het de taak is van de gemeente. In de praktijk is het hierdoor lastig om een samenwerking te realiseren.

6.3 Voorwaarden voor het realiseren van samenwerking

Uit het onderzoek valt af te leiden dat de vier voorwaarden met elkaar in verband staan en effect hebben op elkaar en dus op de mogelijkheid om een samenwerking te creëren. De voorwaarde 'doel-overeenstemming' blijkt invloed te hebben op 'helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden'. De gemeenten en Zilveren Kruis kunnen wel overeenstemming bereiken om een samenwerking aan te gaan, wanneer deze samenwerking betrekking heeft op een verandering in de werkwijzen, maar niet wanneer de samenwerking extra kosten met zich meebrengt. Pas wanneer overeenstemming is bereikt over het doel van de samenwerking, is het dus mogelijk om heldere afspraken te maken over de taakverdeling en verantwoordelijkheden binnen de samenwerking. Omgekeerd heeft 'helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden' eveneens invloed op de voorwaarde 'doel-overeenstemming', bijvoorbeeld wanneer het niet duidelijk is of het nu de verantwoordelijkheid is van de gemeente of van de zorgverzekeraar om te investeren in preventie of om geld vrij te maken voor doorverwijzingen vanuit het medisch naar het sociaal domein. Het blijkt dat Zilveren Kruis en de gemeenten andere opvattingen hebben over hun verantwoordelijkheden en taken, waardoor ze het niet eens kunnen worden over onderwerpen waarop een samenwerking gerealiseerd kan worden.

Ook de voorwaarden 'doel-overeenstemming' en 'vertrouwen' blijken met elkaar in verband te staan. De gemeenten hebben in het verleden vaak samenwerkingsthema's voorgelegd aan Zilveren Kruis. Deze thema's brachten echter vaak extra investeringen met zich mee voor Zilveren Kruis, waardoor de zorgverzekeraar de samenwerkingsideeën vaak afkeurde. Die herhaaldelijke afkeuring zorgt ervoor dat de gemeenten het vertrouwen dreigen te verliezen en steeds minder tijd en energie vrijmaken om nieuwe onderwerpen voor een samenwerking aan te dragen.

Omgekeerd heeft de voorwaarde 'vertrouwen' ook invloed op 'doel-overeenstemming'. Zilveren Kruis vertrouwt de gemeenten niet omdat de gemeenten zelf de mate kunnen bepalen, waarin zij problemen aanpakken en plotseling voorrang kunnen geven aan andere prioriteiten. Hoewel de gemeenten aangeven dat dit niet het geval is, blijkt Zilveren Kruis hierdoor terughoudend te zijn in het aangaan van een samenwerking.

Daarnaast heeft 'helderheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden' invloed op 'vertrouwen'. Doordat de gemeenten en zorgverzekeraar het niet eens kunnen worden over hun verantwoordelijkheden met betrekking tot preventie, kunnen zij geen overeenstemming bereiken over een samenwerking. Hierdoor dreigen de gemeenten het vertrouwen te verliezen dat er nog een samenwerking mogelijk is.

Tot slot heeft de voorwaarde 'aantal deelnemers' invloed op 'doel-overeenstemming'. Zilveren Kruis is pas bereid om te kijken naar mogelijkheden voor de samenwerking met de gemeenten als de gemeenten onderling met elkaar samenwerken. Dit vraagt om onderlinge afstemming en om doel-overeenstemming tussen de gemeenten over onderwerpen waarop zij gezamenlijk een samenwerking aan willen gaan met Zilveren Kruis.

Kortom, de vier voorwaarden spelen ieder, weliswaar in verschillende mate, een rol, maar geen enkele voorwaarde is doorslaggevend om wel of niet een samenwerking aan te gaan. Wel blijkt dat de voorwaarde van doel-overeenstemming de belangrijkste voorwaarde is waaraan voldaan moet

worden. Dit sluit aan bij de verwachtingen op basis van de literatuur. Wanneer er geen sprake is van doel-overeenstemming is de meerwaarde van samenwerking voor de organisaties niet groot genoeg. Vooral de zorgverzekeraar is hierdoor terughoudend om te investeren in de samenwerking, aangezien hij te maken heeft met marktwerking. Zonder doel-overeenstemming en vastgelegde afspraken over de taakverdeling en verantwoordelijkheden blijkt de zorgverzekeraar zich bovendien af en toe wel erg gemakkelijk te verschuilen achter beperkingen in de wet. Ook blijkt de voorwaarde met betrekking tot het aantal deelnemers inderdaad de minst grote rol te spelen bij de mogelijkheden voor het creëren van een samenwerking. Hierbij blijkt een aantal van 6 tot 8 samenwerkingspartners echter niet te groot te zijn, hetgeen wel werd verwacht op basis van de literatuur.

6.4 Mogelijkheden voor het realiseren van de samenwerking

Uit het onderzoek valt af te leiden dat er zeker mogelijkheden zijn voor de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist om een samenwerking met Zilveren Kruis aan te gaan. Hiervoor is het wel van belang dat aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Allereerst valt uit de *best practice* af te leiden dat de Zilveren Kruis alleen een samenwerking wil aangaan met middelgrote en kleine gemeenten, als deze gemeenten onderling met elkaar samenwerken. Dan pas is de meerwaarde voor Zilveren Kruis groot genoeg. Opvallend is dat de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist aan deze voorwaarde voldoen, doordat zij de samenwerking proberen aan te gaan in U10 verband. Toch blijkt Zilveren Kruis (nog) niet bereid om met deze gemeenten samen te werken. De voorwaarde van regionale samenwerking is dus noodzakelijk, maar geen garantie voor een samenwerking met Zilveren Kruis.

Dit komt onder andere doordat de gemeenten op 'verkeerde' thema's een samenwerking proberen aan te gaan, namelijk op thema's die extra investeringen vergen van Zilveren Kruis. De gemeenten zouden moeten beginnen met het creëren van samenwerkingen op onderwerpen met betrekking tot veranderingen in en betere afstemming van werkwijzen. Hierdoor kunnen de gemeenten en Zilveren Kruis elkaar beter leren kennen en weten ze daarna beter wat ze van elkaar kunnen verwachten. Bovendien is de kans groter dat Zilveren Kruis bereid is een samenwerking aan te gaan op het moment dat de samenwerkingsonderwerpen aansluiten bij de pijlers van Zilveren Kruis of de wetswijzigingen waarmee de zorgverzekeraar te maken heeft. Een goede start zou kunnen zijn om gezamenlijk met Zilveren Kruis uit de samenwerkingskaarten een of twee onderwerpen te kiezen die aan deze voorwaarden voldoen.

Daarnaast is het van belang dat de onderlinge transparantie wordt vergroot en dat aan elkaar inzichtelijk wordt gemaakt wat de wederzijdse belangen zijn. Hierdoor wordt het duidelijker waar de mogelijkheden en knelpunten liggen voor een samenwerking. Wellicht dat na verloop van tijd Zilveren Kruis dan tevens bereid is om een pilot op te zetten in de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist waarbij de samenwerking extra investeringen met zich meebrengt voor Zilveren Kruis.

7. Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gereflecteerd op dit onderzoek. Hierbij wordt allereerst ingegaan op de keuze die gemaakt zijn bij de focus van het onderzoek. Daarna zal de selectie van de respondenten en de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek besproken worden. Tot slot wordt ingegaan op de mogelijkheden voor vervolg onderzoek.

7.1 Focus van het onderzoek

Bij de start van het onderzoek zijn bepaalde keuzes gemaakt die invloed hebben gehad op het verloop van het onderzoek. Vanuit de literatuur is veel bekend over samenwerkingen en er zijn diverse voorwaarden en spanningen beschreven. In dit onderzoek is een keuze gemaakt voor een aantal van deze voorwaarden en spanningen die als relevant voor dit onderzoek werden gezien. Wanneer andere voorwaarden meegenomen waren in dit onderzoek, zou dit wellicht andere inzichten met zich mee gebracht hebben.

7.2 Respondentenselectie

In dit onderzoek is in totaal gesproken met vijftien respondenten die samen werkzaam zijn bij vier gemeenten, twee zorgverzekeraars, één overkoepelende zorgverzekeraarsorganisatie, één zorgaanbieder en drie (advies-)organisaties die zich ook bezig houden met het tot stand brengen van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar.

Uit de gesprekken met de respondenten kwam naar voren dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar niet los kan worden gezien van de zorgaanbieders. Vandaar dat met een zorgaanbieder is gesproken die werkzaam is in de gemeenten waar op dit moment een samenwerking is tussen de gemeenten en zorgverzekeraar. De keuze is bewust gemaakt om met slechts één zorgaanbieder te spreken, omdat het onderzoek veel breder was geworden en een andere focus had gekregen wanneer meerdere zorgaanbieders geïnterviewd zouden zijn. Voordeel is ook dat de focus nadrukkelijk is gebleven op de relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraar en niet op een driehoeksverhouding is gericht. Het onderzoek had zich in dat laatste geval meer gefocust op de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieder. Toch was het achteraf gezien wellicht waardevol geweest om ook met een zorgaanbieder te spreken die werkzaam is in een gemeente waar geen goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar is.

Bovendien is in dit onderzoek niet gesproken met een respondent die werkzaam is bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Aangezien de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar sterk beïnvloed wordt door de wet- en regelgeving die zijn opgesteld vanuit het ministerie van VWS, was het interessant geweest om met een medewerker van het ministerie in gesprek te gaan. Wel is gesproken met twee werknemers van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving die het ministerie van VWS adviseert. Hierdoor was het mogelijk om een beeld te krijgen van de landelijke visie op de mogelijkheden voor de samenwerking.

Daarnaast is het niet mogelijk geweest om invloed uit te oefenen op de deelnemende gemeenten en de preferente zorgverzekeraar in deze gemeenten. De gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist hebben de afgelopen jaren al actief geprobeerd om een samenwerking met Zilveren Kruis op te zetten. Hierdoor bleek tijdens het onderzoek dat zij aan de ene kant al goed bezig zijn om op regionaal niveau samen te werken, maar dat zij aan de andere kant in het verleden al dikwijls zijn teleurgesteld, waardoor zij het vertrouwen in een samenwerking met Zilveren Kruis dreigen te

verliezen. Wellicht dat uit gesprekken met andere gemeenten andere mogelijkheden en knelpunten voor het tot stand brengen van een samenwerking naar voren zouden komen.

7.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Deze respondentenselectie heeft gevolgen voor de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek. Doordat slechts is gesproken met vijftien respondenten, zijn de bevindingen van dit onderzoek geen representatieve en complete weergave van de werkelijkheid en kunnen daardoor niet gegeneraliseerd worden.

Bovendien is het aantal werknemers klein dat zich per organisatie bezig houdt met de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Binnen de gemeenten is vaak slechts één werknemer verantwoordelijk voor de samenwerking met de zorgverzekeraar en aan de kant van de zorgverzekeraar zijn er drie strategisch adviseurs, waarvan één iemand zich focust op de gemeenten in Midden-Nederland. Uit de gesprekken kwam naar voren dat de meeste respondenten elkaar hierdoor over het algemeen kennen. Hoewel is aangegeven, dat de bevindingen geanonimiseerd zijn in het verslag, kunnen de antwoorden van de respondenten beïnvloed zijn door het feit dat de respondenten elkaar kennen en de onderlinge relatie niet willen schaden.

Daarnaast is sprake geweest van (onbewuste) sturing van de onderzoeker tijdens de interviews. Tijdens de gesprekken bleek dat de respondenten van de zorgverzekeraars, de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en Andersson Elffers Felix niet altijd duidelijk voor ogen hadden, waar de knelpunten zaten in de ogen van de gemeenten voor het opzetten van de samenwerking. Ter verduidelijking is vaak een aantal voorbeelden van deze knelpunten volgens de gemeenten gegeven. Hoewel het feit dat zij zich van die knelpunten niet bewust waren of hiervan niet op de hoogte waren aan de ene kant een opvallende bevinding is, is aan de andere kant sturing gegeven aan de antwoorden van de respondenten. Gedurende het gesprek bleek dat de respondenten zich vervolgens voornamelijk op deze voorbeelden richtten en hierbij niet aan andere voorbeelden meer dachten. Bovendien zijn af en toe suggestieve vragen gesteld waardoor wellicht de antwoorden van de respondenten in de mond gelegd zijn.

7.4 Suggesties voor vervolgonderzoek

Zoals hierboven is aangegeven, is in dit onderzoek slechts gesproken met vier gemeenten die zijn aangedragen vanuit de medewerker van Nieuwegein. In vervolgonderzoek zou gesproken kunnen worden met gemeenten die in een andere fase zitten van het overleg met de zorgverzekeraar. Onderzoek in gemeenten die nog in de oriënterende fase zitten en nog geen contact hebben met andere gemeenten, waarmee zij gezamenlijk een samenwerking op willen zetten met de preferente zorgverzekeraar, zou wellicht andere mogelijkheden en knelpunten naar voren kunnen brengen. Hierbij zou ook onderzocht kunnen worden hoe de gemeenten op regionaal niveau zo goed mogelijk samen kunnen werken en hoe de onderlinge gemeentelijke afstemming gerealiseerd kan worden, hetgeen van groot belang is voor de zorgverzekeraar. Bovendien zou onderzoek gedaan kunnen worden naar een gemeentelijke samenwerking tussen zowel grote, middelgrote als kleine gemeenten. In dit onderzoek is slechts gekeken naar middelgrote gemeenten. Door samen te werken als gemeenten met diverse grootte, zou de meerwaarde voor de zorgverzekeraar wellicht vergroot kunnen worden waardoor hij eerder bereid is om een samenwerking aan te gaan.

Daarnaast is het interessant om onderzoek te doen naar de driehoeksverhouding met de zorgaanbieders, of naar de invloed die de zorgaanbieder heeft in positieve en negatieve zin op de bereidheid van de andere twee partijen om samen te werken en naar de kosten van de samenwerking, die daardoor beïnvloed kunnen worden.

Verder kwam uit de bevindingen naar voren dat het van belang is dat de verschillende zorgverzekeraars elkaar volgen in de afspraken die de preferente zorgverzekeraar maakt met de gemeenten. Het is interessant om onderzoek te doen naar de manier waarop zorgverzekeraars eerder bereid zijn om zich aan te sluiten bij de gemaakte afspraken wanneer dit extra kosten met zich meebrengt en wat er voor nodig is dat zij ook onderling gezamenlijk afspraken maken.

Op wetenschappelijk gebied is het interessant om ook naar andere voorwaarden te kijken die vanuit de literatuur naar voren komen met betrekking tot het creëren van samenwerking. Andere voorwaarden bieden wellicht nieuwe inzichten waardoor een samenwerking gemakkelijker tot stand kan komen. Daarnaast zou ander onderzoek meer inzicht kunnen bieden in de voorwaarden die het meest van belang zijn en die een doorslaggevende rol spelen bij de mogelijkheden voor de samenwerking.

8. Aanbevelingen

Aan de hand van de bevindingen en conclusies van dit onderzoek worden in dit hoofdstuk vier aanbevelingen gedaan om de mogelijkheden voor een succesvolle samenwerking tussen de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist met zorgverzekeraar Zilveren Kruis te vergroten. Hoewel uit het onderzoek naar voren kwam, dat de verschillende voorwaarden voor het creëren van een samenwerking met elkaar in verband staan en niet één voorwaarde doorslaggevend is, kunnen onderstaande aanbevelingen ervoor zorgen, dat beter aan de gestelde voorwaarden voor een succesvolle samenwerking kan worden voldaan. De eerste twee aanbevelingen richten zich op de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist en de overige twee hebben zowel betrekking op deze gemeenten als op de zorgverzekeraar Zilveren Kruis.

8.1 Aanbevelingen aan de gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist

1. Draag als gemeenten samenwerkingen aan die geen extra kosten vergen vanuit Zilveren Kruis

De gemeenten Nieuwegein, Vianen en Zeist moeten bij het aandragen van thema's voor een samenwerking kijken naar samenwerkingen die geen extra kosten met zich mee brengen voor Zilveren Kruis, maar die gaan over een verandering in de werkwijzen bij het leveren van de zorg. Hierdoor is het gemakkelijker om doel-overeenstemming te bereiken over de onderwerpen waarop een samenwerking gerealiseerd kan worden. Uit de *best practice* en samenwerkingskaarten komt naar voren dat Zilveren Kruis eerder geneigd is om een samenwerking te realiseren met de gemeenten, als deze samenwerking gaat over betere afstemming bij het leveren van de zorg zonder extra kosten. Een voorbeeld van een samenwerking met betrekking tot een verandering van werkwijze is een samenwerking in de jeugdzorg. Op het moment dat de jongeren 18 jaar worden, vallen zij uit de jeugdzorg en vallen zij onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Om deze overgang goed te laten verlopen, is een checklist opgesteld. Dit en andere voorbeelden van onderwerpen met betrekking tot verandering in werkwijzen die de gemeenten kunnen aandragen zijn te vinden in de samenwerkingskaarten.

2. Speel als gemeenten in op overlappende thema's en pijlers van Zilveren Kruis

Op het moment dat het samenwerkingsthema geen extra kosten voor Zilveren Kruis met zich mee brengt, is het vervolgens van belang dat ingespeeld wordt op raakvlakken in de verantwoordelijkheden van de gemeenten en zorgverzekeraar en op de pijlers van Zilveren Kruis. Voorbeelden van dergelijke onderwerpen zijn ouderen en grensvlakken. De kans op een samenwerking wordt groter op het moment dat het samenwerkingsthema ook relevant is voor Zilveren Kruis. Hierdoor is het gemakkelijker om overeenstemming te bereiken over de samenwerkingsthema's.

8.2 Aanbevelingen aan de gemeenten en Zilveren Kruis

1. De gemeenten en de zorgverzekeraar moeten zorgen voor duidelijke contactpersonen die gedurende langere tijd verantwoordelijk zijn voor de samenwerking

Hoewel Zilveren Kruis sinds 1,5 jaar drie strategisch-managers heeft aangesteld die verantwoordelijk zijn voor de het contact met de gemeenten, is het van belang dat deze contactpersoon de komende jaren dezelfde blijft. Ook vanuit de gemeenten moet één contactpersoon worden aangesteld die genoeg tijd heeft om voor langere tijd het contact op zich te nemen namens het samenwerkingsverband van de verschillende gemeenten. Hierdoor wordt

voorkomen dat de contactpersonen telkens opnieuw elkaar moeten leren kennen en veel tijd kwijt zijn aan het aftasten van de mogelijkheden. Bovendien kunnen deze contactpersonen het onderlinge vertrouwen verbeteren en ervaring en expertise opdoen, hetgeen cruciaal blijkt te zijn voor de samenwerking.

2. Zowel de gemeenten als Zilveren Kruis moeten een lijstje opstellen en met elkaar bespreken met de mogelijkheden en knelpunten die zij ervaren bij het creëren van een samenwerking

Uit de gesprekken kwam naar voren dat de zorgverzekeraar onbekend is met de knelpunten die de gemeenten ervaren, terwijl de gemeenten aan de andere kant niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van Zilveren Kruis voor een samenwerking. Het blijkt dat vaak schijnargumenten of gelegenheidsargumenten worden gebruikt als excuus om de samenwerking niet aan te gaan. Zilveren Kruis geeft bijvoorbeeld aan dat hij beperkt is door belemmeringen vanuit de wet, terwijl de achterliggende reden is dat hij geen extra kosten wil maken. De gemeenten zijn hiervan niet goed op de hoogte en dragen samenwerkingsthema's aan die om financiële reden worden afgekeurd. Hierdoor dreigen de gemeenten het vertrouwen te verliezen. Beide organisaties moeten dus transparant zijn over hun belangen en redenen voor het afwijzen, zodat duidelijk is wat ze van elkaar kunnen verwachten en op welke thema's een samenwerking mogelijk is. De contactpersonen van de gemeenten en van de zorgverzekeraar kunnen verantwoordelijk worden gesteld voor het opstellen van dit overzicht en kunnen onderling de lijsten met elkaar doornemen om te kijken waar mogelijkheden liggen voor een samenwerking.

Literatuurlijst

AlleCijfers.nl. (2018). *AlleCijfers.nl: duidelijke informatie op basis van 'open data'*. Geraadpleegd op 4 april 2018 via: <https://allecijfers.nl/>

Andersson Elffers Felix. (2017). *Samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten. De huidige samenwerking in kaart met behulp van 'samenwerkingskaarten'*. Geraadpleegd op 22 februari 2018 via: https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2017/samenwerkingskaarten_zorgverzekeraars_en_gemeenten_de_huidige_samenwerk.pdf

Ansell, C. (2012). *Collaborative governance*. In D. Levi-Fau (Eds., *The Oxford handbook of governance*. (pp. 498-511). Oxford: Oxford University Press

Bardach, E. (1994). *Comment: the problem of 'best practice' research*. *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 13, iss. 2, pp. 260-268.

Baxter, P., & Jack, S. (2008). *Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers*. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). *The triple aim: care, health, and cost*. *Health affairs*, 27(3), 759-769.

Bestuur regio Utrecht. (2014). *U10*. Geraadpleegd op 22 februari 2018 via: <http://www.regioutrecht.nl/organisatie/u10>

Binnenlands Bestuur. (2018). *Inkoopcontracten Wmo belemmeren zorginnovatie*. Geraadpleegd op 11 maart 2018 via: <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/inkoopcontracten-wmo-belemmeren-zorginnovatie.9580116.lynkx>

Blomqvist, K., Hurmelinna, P., & Seppänen, R. (2005). *Playing the collaboration game right—balancing trust and contracting*. *Technovation*, 25(5), 497-504.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs, 2014.

Boutellier, J. C. J., & Van der Klein, M. (2014). *Praktijken van sociale verantwoordelijkheid. Over de inzet van burgers in de 'participatiesamenleving'*. Vrije Universiteit Amsterdam.

Bronstein, L. R. (2003). *A model for interdisciplinary collaboration*. *Social work*, 48(3), 297-306.

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.

Caldwell, D. F., Chatman, J., O'Reilly III, C. A., Ormiston, M., & Lapid, M. (2008). *Implementing strategic change in a health care system: The importance of leadership and change readiness*. *Health care management review*, 33(2), 124-133.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2016). *PBL/ CBS prognose: groei steden zet door*. Geraadpleegd op 14 maart 2018 via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/37/pbl-cbs-prognose-groei-steden-zet-door>

- Crawford, M., & Houston, R. (2015). State payment and financing models to promote health and social service integration. *Center for Health Care Strategies, Inc. February*.
- Dowling, R. (2010). *Power, Subjectivity, and Ethics in Qualitative Research*. In: Hay, red., *Qualitative Research Methods in Human Geography*, pp. 26-39. Oxford University Press: Oxford. Derde editie.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245.
- Gemeente Nieuwegein. (2014). *De toekomst vormen we samen*. Geraadpleegd op 6 mei 2018 via: https://www.nieuwegein.nl/fileadmin/bestanden/Bestuur_en_organisatie/Documenten/coalitieakkoord_2014-2018.pdf
- Gemeente Nieuwegein. (2018). *Nieuwegein in cijfers*. Geraadpleegd op 14 maart 2018 via: <https://cijfers.nieuwegein.nl/>
- Gemeente Utrecht. (2011). *Utrecht gezond!* Geraadpleegd op 7 mei 2018 via: https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/o13533_Zorg-Agis-Utrecht-Actieplan-Utrecht-gezond%2521-fase-2%252C-2011-2013.pdf
- Gemeente Utrecht. (2013). *Convenantpartners*. Geraadpleegd op 6 mei 2018 via: https://www.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/bestuur-en-organisatie/college-van-b-en-w/begroting_en_verantwoording/Jaarstukken/2017-05-Jaarstukken-Utrecht-gezond-Convenant-Achmea-Utrecht-2014-2017.pdf
- Gemeente Utrecht. (2014). *Utrecht maken we samen!* Geraadpleegd op 10 juni 2018 via: <https://www.kansenvoorwest2.nl/files/coalitieakkoord2014.pdf>
- Gemeente Utrecht. (2015). *Vitaal ouder worden in Utrecht. Stedelijke agenda ouderen 2016-2018*. Geraadpleegd op 19 februari 2018 via: <https://www.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/zorg-en-onderwijs/informatie-voor-zorgprofessionals/2016-Stedelijke-Agenda-ouderen2015.pdf>
- Gemeente Vianen. (2014). *Heldere hoofdlijnen op weg naar de toekomst*. Geraadpleegd op 6 mei 2018 via: <https://www.vianen.nl/data/downloadables/2/7/2/coalitieakkoord-vianen-2014-2018.pdf>
- Gemeente Zeist. (2014). *Gemeente Zeist. Beleid, trends en uitdagingen 2014*. Geraadpleegd op 6 mei 2018 via http://beterzeist.nl/?wpfb_dl=231
- Gemeente Zeist. (2014a). *Samen kansen pakken!* Geraadpleegd op 10 juni 2018 via: https://www.zeist.nl/fileadmin/bestanden/Documenten/Gemeentebestuur/Coalitieakkoord_2014-2018_Samen_kansen_pakken_14RV0028.pdf
- Gibbert, M., Ruigrok, W. & Wicki, B. (2008). *What passes a rigorous case study?* *Strategic Management Journal*, vol. 29, no. 13, pp. 1465-1474.
- Hultberg, E. L., Lönnroth, K., & Allebeck, P. (2003). Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy*, 64(2), 143-152.

Huxham, C. & Vangen, S. (2013). *Managing to Collaborate. The theory and practice of collaborative advantages*. London: Routledge.

Jansen, T., Koppes, L. L. J., Reitsma-van Rooijen, P. M., & Verheij, R. A. (2015). *Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg: ervaringen en opvattingen van zorgverleners en zorggebruikers*. NIVEL.

Korsten, A. (2015). *Waarom veel kleine gemeenten sterk en zwak zijn*. Geraadpleegd op 6 april 2018 via: <http://www.arnokorsten.nl/pdf/Gemeente/Zwakten%20van%20kleine%20gemeenten.pdf>

Kotlarsky, J., & Oshri, I. (2005). Social ties, knowledge sharing and successful collaboration in globally distributed system development projects. *European Journal of Information Systems*, 14(1), 37-48.

Lasker, R. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 179-205.

Lawson, H. (2004). The logic of collaboration in education and the human services. *Journal of Interprofessional care*, 225-237.

Leezenberg, M. & De Vries, G. (2012). *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Levi-Faur, D. (2012). From "Big Government" to "Big Governance". In: David Levi-Faur (2012), *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press, hoofdstuk, pp. 3-18.

Loketgezondleven.nl. (2017). *Samenwerken met zorgverzekeraars*. Geraadpleegd op 25 februari 2018 via: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/succesfactoren/samenwerken/zorgverzekeraars>

Maire, J., Bronet, V., Pillet, M. (2005). *Benchmarking: An International Journal. A typology of 'best practices' for a benchmarking process*. *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 12, Iss. 1, pp. 45-60.

Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of management review*, 20(3), 709-734.

Mays, N., Pope, C. (1995). *Rigour and qualitative research*. Geraadpleegd op 6 maart 2018 via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550154/pdf/bmj00600-0043.pdf>

McEvily, B., Perrone, V. & Zaheer, A. (2003). Trust as an organizing principle. *Organization science*, 14(1), 91-103.

McLoughlin, C. (2011). Factors Affecting State–Non-Governmental Organisation Relations In Service Provision: Key Themes From The Literature. *Public Administration and Development*, 31(4), 240-251.

Melin, G. (2000). Pragmatism and self-organization: Research collaboration on the individual level. *Research policy*, 29(1), 31-40.

Movisie. (2014). *Samenwerken tussen zorg en welzijn: nu is de tijd*. Geraadpleegd op 12 maart 2018 via: <https://www.movisie.nl/publicaties/samenwerken-tussen-zorg-welzijn-nu-tijd>

Movisie. (2016). *Medisch en sociaal verbonden. Over de gouden kansen van samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal werk*. Geraadpleegd op 19 februari 2018 via: https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Medisch-en-sociaal-verbonden%20%5BMOV-8881951-1.0%5D.pdf

Nauta, N. (2004). *Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen*. Delft: AP Nauta.

Nivel. (2015). *Integrale zorg voor mensen met multimorbiditeit komt langzaam van de grond*. Geraadpleegd op 25 februari 2018 via: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/integrale-zorg-voor-mensen-met-multimorbiditeit-komt-langzaam-van-de-grond>

NRC. (2018). *Toekomst van de zorg zo dicht mogelijk bij huis*. Geraadpleegd op 31 mei 2018 via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/05/24/de-toekomst-van-de-zorg-zo-dicht-mogelijk-bij-huis-a1604123>

Opella. (2017). *Domein overstijgende samenwerking getekend: zorg snel geregeld*. Geraadpleegd op 26 maart 2018 via: <https://www.opella.nl/domeinoverstijgende-samenwerking-getekend-zorg-snel-geregeld>

Oude Vrielink, M., Verhoeven, I. & Van de Wijdeven, T. (2013). Meedoen met de overheid?. *Bestuurskunde*, 22(2), 13-22.

Overvecht Gezond. (2017). *Krachtige basiszorg*. Geraadpleegd op 7 juni 2018 via: <http://www.overvechtgezond.nl/files/Brochure%20Krachtige%20basiszorg.pdf>

Poliswijzer. (2016). *Wie is de oorspronkelijke verzekeraar in mijn regio?* Geraadpleegd op 22 februari 2018 via: <https://www.poliswijzer.nl/zorgverzekering/kennisbank/oorspronkelijke-verzekeraar>

Provan, K. G. & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2017). *Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop*. Geraadpleegd op 10 juni 2018 via: https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Zorgrelatie_centraal.pdf

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2014). *Patiënteninformatie. Informatievoorziening rondom de patiënt*. Den Haag.

Regerakkoord VVD - PVDA. (2012). *Bruggen slaan*. Geraadpleegd op 8 maart 2018 via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/10/29/regerakkoord>

Reulink, N., Lindeman, L. (2005). *Dictaat kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 6 maart 2018 via www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20%282005%29/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2017). *Factsheet Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraar rondom preventie voor risicogroepen schetst huidige stand van zaken*. Geraadpleegd op 25 februari 2018 via: https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Factsh

[eet Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraar rondom preventie voor risicogroepen schets t huidige stand van zaken](#)

Rijksoverheid. (2013). *Kamerbrief over zorg en maatschappelijke ondersteuning dichtbij*.

Geraadpleegd op 19 februari 2018 via:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/12/17/kamerbrief-over-zorg-en-maatschappelijke-ondersteuning-dichtbij>

Rijksoverheid. (2016). *Kamerbrief over preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten*. Geraadpleegd op 25 februari 2018 via:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/03/25/kamerbrief-over-preventie-in-het-zorgstelsel-van-goede-bedoelingen-naar-het-in-de-praktijk-ontwikkelen-van-resultaten>

Rijksoverheid. (2018). *Decentralisatie van de overheidstaken naar gemeenten*. Geraadpleegd op 14 maart 2018 via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>

Rijksoverheid. (2018a). *De juiste zorg op de juiste plek*. Geraadpleegd op 6 mei 2018 via:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

Ruimtevolk. (2015). *Wat gaat er gebeuren met een middelgrote stad?* Geraadpleegd op 14 maart 2018 via: <https://ruimtevolk.nl/2015/05/07/wat-gaat-er-gebeuren-met-de-middelgrote-stad/>

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). (2012). *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012* (pp. 11-31 & pp. 303-322). Den Haag.

Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). (2018). *De Wmo 2015 in de praktijk*. Geraadpleegd op 11 maart 2018 via:

https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/De_Wmo_2015_in_praktijk

Thomson, A. M., & Perry, J. L. (2006). Collaboration processes: Inside the black box. *Public administration review*, 66(s1), 20-32.

Timmons, J. (2007). Models of collaboration and cost sharing in transition programming. *National Center on Secondary Education and Transition Information Brief*, 6(1), 1-6.

Torring, J. (2012). *Governance networks*. In D. Levi-Fau (Eds., *The Oxford handbook of governance*. (pp. 99-112). Oxford: Oxford University Press

Utrecht10. (2018). *Wat is U10?* Geraadpleegd op 22 februari 2018 via: <http://www.utrecht10.nl/wat-is-u10/>

Van Delden, P.J. (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening. Ontwikkelingsverloop en resultaten*. Geraadpleegd op 30 maart 2018 via:

https://pure.uvt.nl/ws/files/1111121/SAMENWERKING_IN_DE_PUBLIEKE_DIENSTVERLENING_DEFINITIEF_6_aug.pdf

- Van der Grinten, T.E.D. & Vos, P. (2004). *Gezondheidszorg*. In H. Dijkstra, P.L. Meurs & E.K. Schrijvers (Eds.), *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren* (pp. 152-160). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van Dongen, J., De Jong, A., & Van Bokhoven, L. (2017). Patiënteninformatie delen. *TVZ-Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(1), 48-51.
- Van Staa, A. & Evers, J. (2010). 'Thick analysis': strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *KWALON*, 43(1), pp. 5-12
- Van Thiel, S. (2007). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). (2016). *Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's*. Geraadpleegd op 19 februari 2018 via: https://vng.nl/files/vng/pagina_attachments/2016/bundel_werkagenda_menzis_gemeenten_en_regios.pdf
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). (2017). *Op zoek naar structurele basis voor succesvolle experimenten*. Geraadpleegd op 12 maart 2018 via: https://vng.nl/files/vng/pagina_attachments/2016/op-zoek-naar-een-structurele_20170623.pdf
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). (2017a). *Goede zorg op het snijvlak van Zvw en Wmo*. Geraadpleegd op 12 maart 2018 via: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/goede-zorg-op-het-snijvlak-van-zvw-en-wmo>
- Vijfheerenlanden.nl. (2018). *Het fusietraject*. Geraadpleegd op 4 april 2018 via: <https://www.vijfheerenlanden.nl/het-fusietraject/>
- Vlaar, P., Bosch, F. van den & Volberda, H. (2006). Vertrouwen, formalisering en prestaties in interorganisatorische relaties: Naar een integraal raamwerk. *Maandblad voor accountancy en bedrijfseconomie*: MAB, 80(1/2), 17-25.
- Weiner, B. J. & Alexander, J. A. (1998). The challenges of governing public-private community health partnerships. *Health Care Management Review*, 23(2), 39-55.
- Wenger, E. (2000). Communities of practice and social learning systems. *Organization*, 7(2), 225-246.
- Zilveren Kruis. (2016). *Een goed gesprek over grensvlakken in de ouderenzorg loont*. Geraadpleegd op 3 mei 2018 via: <https://www.zilverenkruis.nl/gemeenten/nieuws/paginas/grensvlakken-ouderenzorg.aspx>
- Zilveren Kruis. (2017). *Grensdocument Grensvlakken Ouderenzorg*. Geraadpleegd op 10 juni 2018 via: <file:///C:/Users/Frederieke%20Sedee/B&O%20Master/Scriptie/Beleidsdocumenten/Zorgverzekeraar/grensvlakkendocument.pdf>
- Zilveren Kruis. (2018) *Samenwerking met gemeenten. Goede zorg samen mogelijk maken*. Geraadpleegd op 19 februari 2018 via: <https://www.zilverenkruis.nl/gemeenten/Paginas/samenwerking-met-gemeenten.aspx>

Zilveren Kruis. (2018a). *Zorginkoopbeleid 2018*. Geraadpleegd op 6 mei 2018 via: https://zorginkoopbeleid2018.zilverenkruis.nl/nl_NL/2845/48334/uitgangspunten_zorginkoop_2018.html

Zilveren Kruis. (2018b). *Thema's*. Geraadpleegd op 12 juni 2018 via: <https://www.zilverenkruis.nl/gemeenten/themas/Paginas/default.aspx>

ZorgmarktAdvies. (2014). *Opzetten samenwerking gemeente – zorgverzekeraar*. Geraadpleegd op 4 mei 2018 via: <https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/ZK-kennisbank-Rapport-Opzetten-samenwerking-gemeente-%E2%80%93-zorgverzekeraar-2991.pdf>

Zorgverzekeraars Nederland. (2015). *Samenwerking zorg en gemeente leeft en loont*. Geraadpleegd op 3 mei 2018 via: <https://www.zn.nl/338067461/ZN-weblog?blogpostid=656474112>

Zorgwijzer. (2014). *AWBZ: alle wijzigingen op een rij*. Geraadpleegd op 1 maart 2018 via: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

Zorgwijzer. (2018). *Zilveren Kruis*. Geraadpleegd op 22 februari 2018 via: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekeraar/zilveren-kruis>

Bijlage

I. Topic Lijst

Topiclijst- bestaande samenwerking

Inleiding – 2

Wie ben ik

Wat onderzoek is

- U10 & Eigen deel

Voortgang onderzoek

Anoniem verwerken

Opnemen

Algemeen – 5

- Waarom interesse in onderzoek?

- Iets vertellen over functie gemeente/
zorgverzekeraar

Samenwerking – 15

- Huidige samenwerking

- Zou er meer samenwerking moeten zijn

- Waarom gelukt

- Wat nodig verder ontwikkelen

- Eigen wens of opgelegd

- Visie en manier van werken

zorgverzekeraars

- Visie en manier van werken gemeenten

- Beleid

- Leerpunten bestaande samenwerking

- Verschil tussen gemeenten

- Verschil met andere

gemeenten/zorgverzekeraar

- Verschil binnen of buiten gemeente/
zorgverzekeraar

Meerwaarde - 5

Wat levert het op

Wat is grootste motivatie geweest

Nadelen

Voorwaarden - 10

- Doel-overeenstemming

- Hetzelfde uiteindelijke resultaat
- Eigen individuele doel t.o.v.
gezamenlijke doel
- Sturing op doelen
- Toewijding

- Helderheid taakverdeling

- Afbakening
- Transparant
- Contracten
- Periodieke bijeenkomst/ evaluatie

- Vertrouwen

- Zekerheid nodig? Controle wenselijk
- Durven risico's te nemen
- Terughoudend over kwaliteit ander

- Aantal deelnemers

- Hoe veel ideaal
- Belemmeringen/ voordelen groter of
kleinere samenwerking

Spanningen - 5

- Effectiviteit VS inclusiviteit
- Flexibiliteit VS stabiliteit

Schotten - 10

- Ervaren schotten
- Hoe schotten overbrugd

Toekomst - 5

- Hoe zie jij samenwerking over 10 jaar
- Ideaalplaatje

Afsluiting - 5

- Hoe verder
- Resultaten onderzoek terugkoppelen
- Quotes checken
- Nieuwe respondenten aandragen
- Documenten vragen
- Iets niet aan bod gekomen
- Nog vragen

Topiclijst – toekomstige samenwerking

Inleiding – 2

Wie ben ik

Wat onderzoek is

- U10 & Eigen deel

Voortgang onderzoek

Anoniem verwerken

Opnemen

Algemeen – 5

- Waarom interesse in onderzoek

- Iets vertellen over functie gemeente/
zorgverzekeraar

Samenwerking – 15

- Waarom nog niet

- Waarom samenwerking nodig

- Visie en manier van werken
zorgverzekeraars

- Visie en manier van werken gemeenten

- Wat gebeurt er al

- Is er beleid op

- Wat voor vorm

- Mogelijkheden

- Wat nodig

- Eigen wens of opgelegd

- Leerpunten bestaande samenwerking

- Verschil tussen gemeenten

- Verschil met andere

gemeenten/zorgverzekeraar

- Verschil binnen of buiten gemeente/
zorgverzekeraar

Meerwaarde - 5

Waarom wel? Wat zou het opleveren?

- Efficiëntie

- Betere kwaliteit zorg

- Kan niet anders

Nadelen?

Voorwaarden - 10

- Doel-overeenstemming

- Hetzelfde uiteindelijke resultaat
- Eigen individuele doel t.o.v.
gezamenlijke doel
- Sturing op doelen
- Toewijding

- Helderheid taakverdeling

- Afbakening

- Transparant

- Contracten

- Periodieke bijeenkomst/ evaluatie

- Vertrouwen

- Zekerheid nodig? Controle wenselijk

- Durven risico's te nemen

- Terughoudend over kwaliteit ander

- Aantal deelnemers

- Hoe veel ideaal

- Belemmeringen/ voordelen groter of
kleinere samenwerking

Spanningen - 5

- Effectiviteit VS inclusiviteit

- Flexibiliteit VS stabiliteit

Schotten - 10

- Informatieve en financiële schotten

- Hoe oplossen/ overbruggen

Toekomst - 5

- Hoe zie jij samenwerking over 10 jaar

- Ideaalplaatje

- Wanneer tevreden

Afsluiting - 5

- Hoe verder

- Resultaten onderzoek terugkoppelen

- Quotes checken

- Nieuwe respondenten aandragen

- Documenten vragen

- Iets niet aan bod gekomen

- Nog vragen