

## Mr. Otwin van Dijk

---



Otwin van Dijk (1975) koos al vroeg voor het vak van bestuurder. Van 1998 tot 2004 was hij gemeenteraadslid voor de PvdA in Duiven. In die hoedanigheid was hij lid van diverse raadscommissies en lid van de werkgroep bestuurlijke vernieuwing in Duiven. Van Dijk studeerde nederlands recht aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, waar hij in 2000 zijn titel behaalde. Tijdens zijn studie trad hij in dienst van de gemeente Nijmegen waar hij als jurist verschillende functies bekleedde. Vanaf 2003 tot aan zijn huidige aanstelling was hij aan de afdeling bestuur en veiligheid verbonden als senior beleidsadviseur openbare orde en veiligheid. Otwin van Dijk, die door een ongeluk rolstoelgebruiker is geworden, zet zich in voor diverse gehandicaptenorganisaties en is op sportief gebied actief in het quad rugby.

## Drs. Maarten Broekema

---



Maarten Broekema (1976) is ruim tien jaar werkzaam als adviseur in de zorgsector. Voorheen bij PricewaterhouseCoopers en Twynstra Gudde, sinds enige jaren als partner bij bureau BS&F. Hij is gespecialiseerd in de theorie en praktijk van samenwerkingsvraagstukken. Deze kennis zet hij in bij het verbinden van lokale partijen op de terreinen van participatie, armoede en preventie.

# Presentatie

---





# BS&F

## GemeentePolis

Gemeente als partner bij gezondheidswinst

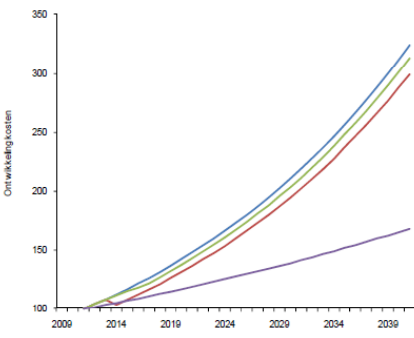
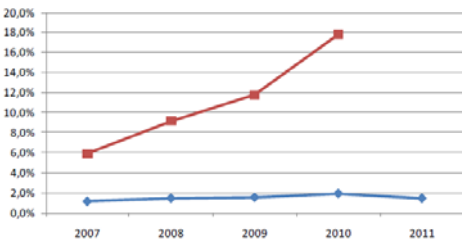
26 januari 2012 | Dag van de zorgverzekeraars

www.bsenf.nl




## BETAALBAARHEID EN BETALING IN HET GEDRANG

**Ontwikkeling zorgkosten**

↓ aanspraken / pakket ↓ toegang en indicatie ↑ eigen betalingen ↑ premie ↓ zorgtoeslag ↓ re-integratiebudget



[gD]



**Iedereen moet vanuit zijn/haar eigen kunnen meedoen in de samenleving en wanneer dit niet lukt, een beroep kunnen doen op ondersteuning.**

Zorgen voor toegankelijkheid van de zorg en aanbod in de wijk in samenwerking met partners

Stimuleren van welzijnsactiviteiten om daarmee zorguitgaven te besparen

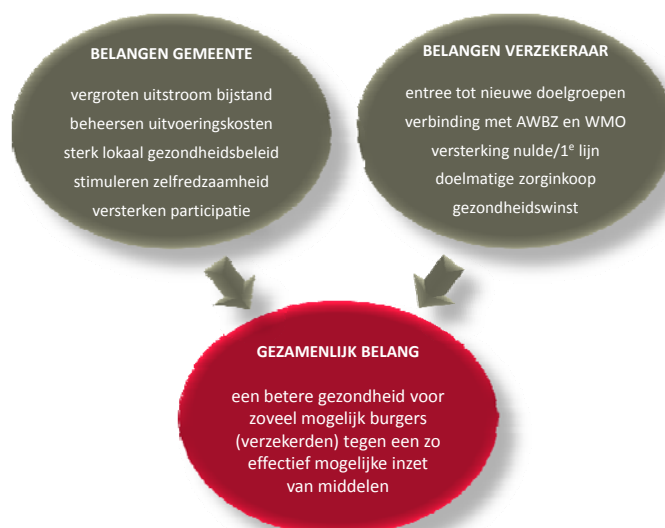
Maatregelen om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen

Armoedebeleid gericht op participatie; tegengaan van de uitsluitende werking van armoede

BS&amp;F

[gD]

### EEN SAMENLOOP VAN BELANGEN



BS&amp;F

**[gD]** **GEMEENTEPOLIS ALS FUNDAMENT ONDER BELANGEN**

**GEMEENTE**

- vergroten uitstroom bijstand
- beheersen uitvoeringskosten
- sterk lokaal gezondheidsbeleid
- stimuleren zelfredzaamheid
- versterken participatie

**GEMEENTEPOLIS** (de; -sen) | (vroeger 'collectieve zorgverzekering voor minima') 1 gezondheidsverzekering voor iedereen die behoort tot een **doelgroep van gemeentelijk beleid** op grond van Wet werk en bijstand, Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet publieke gezondheid en Wet gemeentelijke schuldhulpverlening | met dekking die bijdraagt aan **gezondheidswinst**, toegankelijkheid van zorg en zelfredzaamheid van deelnemers | verbindt zorgverzekeraar (**organisatorisch en finan.**) aan armoedebeleid, leefstijlprogramma('s), participatie en re-integratie traject(en) | 2 een collectieve zorgverzekering voor kwetsbare groepen | met een **korting (potentieel) ruim boven huidige gem. 7 %**

**VERZEKERAAR**

- entree nieuwe doelgroepen
- verbinding met AWBZ en WMO
- versterking nulde/1<sup>e</sup> lijn
- doelmatige zorginkoop
- gezondheidswinst


**GEZAMENLIJK BELANG**

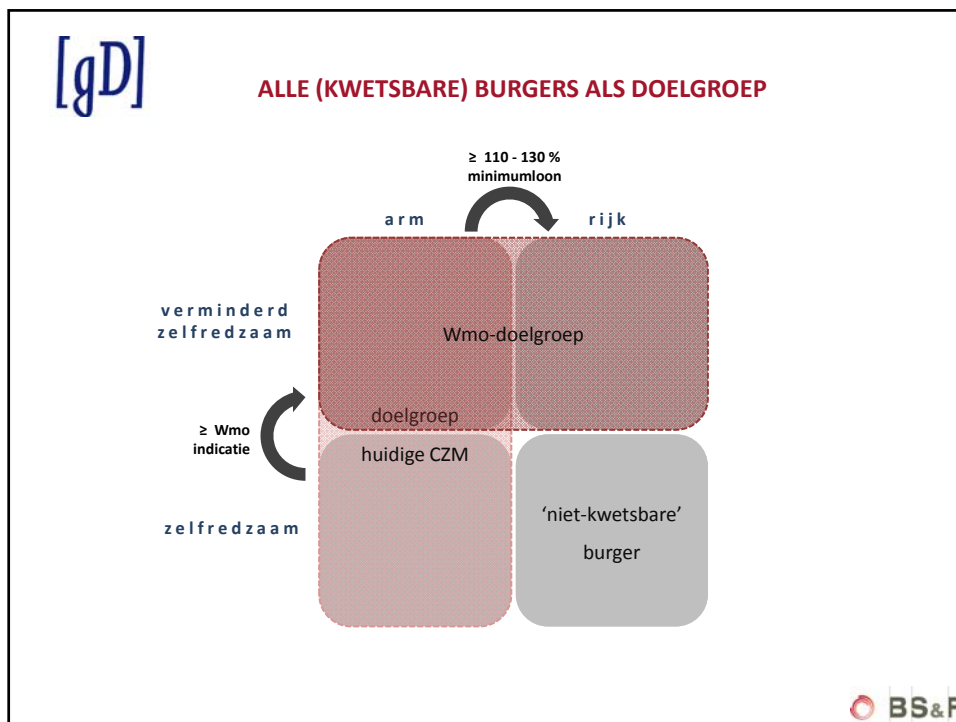
een betere gezondheid voorzoveel mogelijk burgers (verzekerden) tegen een zo effectief mogelijke inzet van middelen



**[gD]** **INHOUD VAN DE GEMEENTEPOLIS | 'ZZ > GG'**

zorgcontractering	M1 minima	M2 preventie	M3 re-integratie	M4 participatie	premiebetaling
aanvullende verzekering					
basisverzekering-op-maat					





[gD]

**DILEMMA'S BIJ DE GEMEENTEPOLIS**

1. Je kunt nog beter investeren in Griekenland dan in preventie
2. Een dure verzekerde ben je liever kwijt dan rijk
3. Selectieve zorginkoop versterkt de tweedeling
4. Keuzevrijheid is (te) duur
5. Schoenmaker blijf bij je leest!

## **Bijlage**

---

## Effectieve participatiebevordering

# Gezondheidswinst verbindt gemeente en zorgverzekeraar

‘Gemeenten, bevorder de participatie van mensen,’ zegt de Wmo. Hoe ze dat effectief kunnen doen? Benut de samenloop met gezondheidsbevordering, zeggen Maarten Broekema en Trudi Nederland. En werk samen met een relatief onbekende belanghebbende: de zorgverzekeraar.

Gemeenten staan voor de opgave om met minder middelen meer taken op het gebied van zorg en sociale zaken uit te voeren. Dienstverlening aan en ondersteuning van kwetsbare burgers wordt steeds meer een lokale aangelegenheid. Jeugdzorg verschuift van de provincie naar de gemeenten. En nu de rijksoverheid ingrijpt in AWBZ en ZVW, is het te verwachten dat een deel van de onderliggende zorgvraag bij de gemeente belandt. Het leggen van de verbinding tussen participatie en gezondheid biedt kansen om hier op in te spelen.

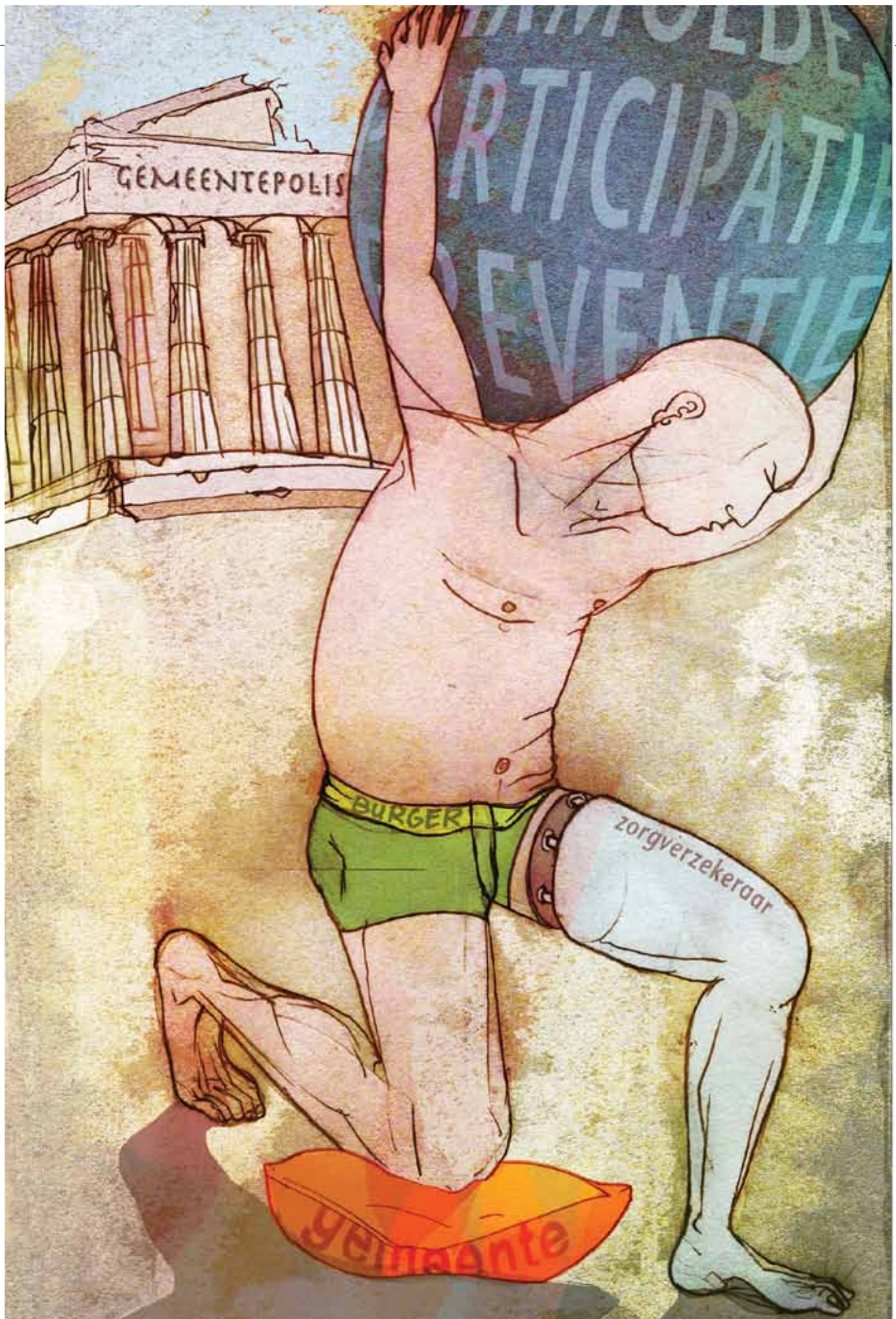
### Gezondheid

Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor de deelname van mensen aan het economische en maatschappelijke leven, en andersom bevordert participatie de gezondheid. Uit alle cijfers blijkt dat de participatie van mensen met een ziekte of beperking sterk achterblijft bij die van gezonde burgers. Ook is er een duidelijke link tussen gezondheid en sociaal-economische status. Laag opgeleide Nederlanders overlijden gemiddeld zes tot zeven jaar jonger dan hoog opgeleide Nederlanders en het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is zelfs 14 jaar. Deze verschillen zijn groot en bovendien sterk verweven met achterstanden op andere terreinen. Denk daar-

bij aan een laag inkomen, werkloosheid, ongunstige woon- en werkomstandigheden en een ongezonde leefstijl. De achterstanden zijn erg hardnekkig, want ondanks de inspanningen binnen het gezondheidsbeleid zijn ze niet afgenomen (Van der Lucht & Polder 2010). Om de achterstanden te verkleinen, is een brede integrale aanpak nodig. Over gemeentelijke domeinen heen, zodat de wederzijdse beïnvloeding van participatie- en gezondheidsbeleid positief uitwerkt. Er is een integrale aanpak nodig door het Wmo-, Wwb- en het lokale gezondheidsbeleid met elkaar te verbinden. Zowel in hun beleid als in de praktijk leggen gemeenten die verbinding nog maar in beperkte mate. Er is geen eenheid van taal in definities, operationalisaties en indicatoren. De samenwerking met zorgverzekeraars kan hiervoor een versnelde route bieden. Het lijkt alsof een wereld van verschil hen scheidt, terwijl de noodzaak tot effectief gezondheidsbeleid hen juist zou moeten verbinden. Het vinden van een gemeenschappelijke taal is de eerste stap op weg naar vruchtbare allianties.

### And never the twain shall meet?

Lokale samenwerking bij het ontwikkelen en uitvoeren van het gemeentelijke beleid is op zich niets nieuws onder de zon. Zo



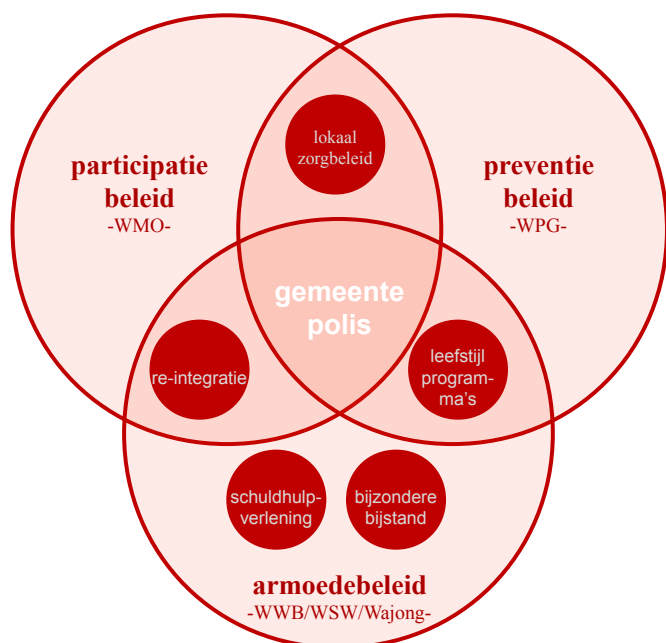
ILLUSTRATIE: RIK VERHAREN

hebben gemeenten dagelijks van doen met allerlei maatschappelijke organisaties, met name bij de uitvoering van beleid. En waar het gaat om het bevorderen van gezondheid en van participatie komen aanbieders van zorg om de hoek, maar ook aanbieders van preventie, wonen en welzijn. Gemeenten hebben daarnaast uiteraard een relatie met de eigen GGD, als beleidsadviseur en (vaak) als uitvoerder van het lokale gezondheidsbeleid. En bij het ontwikkelen van woonzorgconcepten wint de samenwerking met woningcorporaties aan belang. Kortom, samenwerken aan lokaal sociaal beleid is van alledag. In een aantal lokale netwerken zien we echter dat de zorgverzekeraar als nieuwe partner positie krijgt (zie de voorbeelden in figuur 1). Deze samenwerkingsinitiatieven zijn nog aftastend en voorzichtig. Chemie tussen gemeente en verzekeraar ontstaat niet van nature. Menige gemeente beziet de zorgverzekeraar met enige argwaan: het is toch een commercieel georiënteerde club? De zorgverzekeraar spreekt niet dezelfde taal als de gemeente. Gemeenten denken in 'beleid en burgers', verzekeraars in 'premies en polissen'. Het lijken twee gescheiden werelden: sociaal beleid versus rendement. We noemen enkele voorbeelden van de zorgverzekeraar als partner:

- Utrecht en Agis werken samen in het convenant 'Utrecht Gezond!', een programma om de gezondheid van Utrechters te verbeteren via effectieve leefstijlprogramma's.
- Menzis investeert in diverse gemeentelijke initiatieven in de breedte van lokaal gezondheidsbeleid. Zo investeert Menzis in eerstelijnscentra en subsidieert het preventieprogramma's.
- UVIT is een belangrijke partner binnen De Gezonde Regio, een regionaal initiatief om gezondheidswinst te realiseren in Gorinchem en omgeving.

## Verbinden van belangen

Gemeente en zorgverzekeraar hebben een bovengelegene geza-



**Figuur 1: Samenloop in belangen tussen gemeente en zorgverzekeraar.**

menlijk belang: het realiseren van een betere gezondheid voor zoveel mogelijk burgers (verzekerden) middels een zo effectief mogelijke inzet van middelen. De één heeft het dan over participatie en preventie (VNG 2010), de ander noemt het zorgverbetering en gezondheidswinst (Bontje 2010). Maar feitelijk hebben ze het over hetzelfde. De belangen van de verzekeraar en de gemeente kennen een verschillend vertrekpunt, maar hebben wel hetzelfde einddoel voor ogen. Het is de kunst elkaars belangen te respecteren en te verbinden om zo het gezamenlijk belang groter te maken (Bremekamp 2010).

Dankzij twee in het regeerakkoord aangekondigde stelselherzieningen neemt het belang van samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar nog verder toe. De eerste herziening is het inperken van aanspraken uit de AWBZ en het verkleinen van het verzekerde pakket in de ZVW. Het is geen irreële verwachting dat de druk op de Wmo hierdoor toeneemt. Eerder al zijn activerende en ondersteunende begeleiding samengevoegd en ingeperkt. En nu alle begeleiding en ook de dagbesteding een gemeentelijke voorziening worden, wint de Wmo verder aan belang. Door het vergroten van de reikwijdte van het lokale sociale beleid neemt ook voor de zorgverzekeraar het belang van een goed functionerend lokaal gezondheidsbeleid toe, want deze twee (nu nog) AWBZ-aanspraken ondersteunen de zelfredzaamheid van mensen en verminderen daarmee de aanspraak op duurder zorg.

De tweede belangrijke stelselherziening is het opheffen van het zorgkantoor, een regionale speler met een centrale rol binnen het lokale gezondheidsbeleid. Taken als budgetbewaking, zorginkoop en loketfunctie moeten worden herverdeeld. Aan wie? De primaire kandidaten zijn de gemeente en de zorgverzekeraar. Ook hierbij is een goede samenwerking nodig om financiering en organisatie van zorg en ondersteuning blijvend waar te maken.

## Tussen vergezicht en dagelijkse praktijk

Hoewel het belang van alliantievorming toeneemt, zijn er in de praktijk maar weinig samenwerkingsrelaties tussen gemeente en zorgverzekeraar die elkaars complementariteit weten te verzilveren. Het lukt amper om de brug te slaan tussen de mooie vergezichten van het gezamenlijk belang en de essentiële vraagstukken van de dagelijkse praktijk. Een samenwerking komt dan niet verder dan de goede intenties uit een convenant of overstijgt niet het niveau van ad-hoc oplossingen. Dit geldt overwegend ook voor de hierboven genoemde voorbeelden. Zij 'geven de burger moed', maar de toenemende complexiteit van het lokale gezondheidsbeleid vraagt om een meer gefundeerde en duurzame samenwerking.

Een leerzaam voorbeeld van hoe je een duurzaam fundament kunt leggen onder een alliantie tussen gemeente en zorgverzekeraar komt niet van ver. Namelijk van het gemeentelijk armoedebeleid. Hier hanteert men al jaren een krachtig instrument als brug tussen vergezicht en praktijk: de collectieve zorgverzekering voor de minima (de 'CZM'). Gemeente en verzekeraar werken via dit instrument samen om mensen in een financieel kwetsbare positie toegang te verlenen tot benodigde



**Figuur 2: Samenwerking op drie gemeentelijke beleidsterreinen.**

zorg. Het gaat dan niet alleen om een verzekerd pakket, maar steeds vaker ook om samenwerking op het gebied van schuldhulpverlening, re-integratie en preventie (RVZ 2010). Deze collectiviteit activeert de verzekeraar om te investeren (financieel én organisatorisch) in het gemeentelijke gezondheidsbeleid, en hij krijgt zo zijn gewenste 'premie en polis'. De CZM, de polis, is eigenlijk de fysieke verschijningsvorm van de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar.

### **Van CZM naar gemeentepolis**

Deze CZM heeft, zoals de naam aangeeft, specifiek betrekking op burgers in een financieel kwetsbare positie (de minima). Lokaal gezondheidsbeleid kent uiteraard een ruimere werking: het gaat om participatie en preventie en daarmee qua doelgroep potentieel over alle inwoners van de gemeente. Het instrument CZM is te 'verbreden' tot een *gemeentepolis*. Dat is een collectiviteit zoals de CZM, maar toegankelijk voor meer aandachtsgroepen van gemeentelijk beleid, zoals Wmo-geïndiceerden, ouderen en chronisch zieken of voor de inwoners van een

specifieke (kracht)wijk. De gemeentepolis is kortom een CZM die op meerdere beleidsterreinen werkt: armoede, participatie en preventie (zie figuur 2).

Zo creëren gemeente en zorgverzekeraar een instrument om hun samenwerking te concretiseren in zelf te bepalen elementen van sociaal beleid. En voor zelf te bepalen doelgroepen binnen de gemeente. De samenwerkingspartners kunnen de gemeentepolis 'laden' op een manier die past bij hun gezamenlijk belang, voortbouwend op ervaringen met de CZM. De gekozen prioriteiten bieden tevens de gemeenschappelijke taal om de verbinding tussen het Wmo-, Wwb- en het gezondheidsbeleid in de lokale praktijk met alle betrokken partijen te realiseren. En vooral om hierdoor concrete verbeteringen in de participatie en de gezondheid van burgers tot stand te brengen. ▲

*Maarten Broekema werkt als adviseur bij BS&F (maatschappelijke organisatie voor lokaal gezondheidsbeleid). Trudi Nederland is onderzoeker bij het Verwey-Jonker Instituut (onderzoeksinstituut voor sociaal-maatschappelijke vraagstukken).*

Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor de deelname van mensen aan het economische en maatschappelijke leven, en andersom bevordert participatie de gezondheid.