



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

IZA-deelmonitor

Naar meer regionale samenwerking

RIVM rapport 2025-0026



IZA-deelmonitor

Naar meer regionale samenwerking; 1-meting

RIVM-rapport 2025-0026

Colofon

© RIVM 2025

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2025-0026

N.J.E. van Vooren (auteur), RIVM
Z.T.M. Scheefhals (auteur), RIVM
M.A.P. Vugts (auteur), RIVM
P.S.V. Reckman (auteur), RIVM
K.E.F. Leenaars (projectleider, auteur), RIVM

Contact:

Karlijn Leenaars
Gezondheid en Zorg Nationaal
karlijn.leenaars@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van de 1-meting van het Integraal Zorgakkoord (IZA).

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

IZA-deelmonitor

Naar meer regionale samenwerking; 1-meting

Eind 2022 is het Integraal Zorgakkoord (IZA) getekend om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Daarom is onder andere afgesproken dat betrokken organisaties meer gaan samenwerken in de regio. Dit geldt voor verschillende onderdelen van de zorg, zoals de huisarts, het ziekenhuis en de thuiszorg. Maar ook voor samenwerking tussen de medische zorg en de zorg en ondersteuning vanuit de gemeente (het sociaal domein). Het doel daarvan is bijvoorbeeld kortere wachttijden, onnodige zorg voorkomen en lagere kosten.

Het RIVM volgt voor het IZA elk jaar hoe de samenwerking zich tussen 2023 en 2027 ontwikkelt. Dit is gedaan door factoren te meten die belangrijk zijn om samenwerking te laten slagen, zoals financiering, vertrouwen en ervaren effecten. Uit de IZA-meting over 2024 blijkt dat het doel om meer samen te werken in gang is gezet. In regio's zijn daarover bijvoorbeeld afspraken gemaakt tussen de zorg en het sociale domein.

Kijkend naar de samenwerkingsverbanden zelf, bleek dat er in 2024 vooral strategische en beleidsmatige veranderingen te zien zijn. Bijvoorbeeld met welk doel de organisaties samenwerken en hoe de samenwerking organisatorisch is geregeld. De programmamanagers van de samenwerkingsverbanden hadden net als in 2023 positieve ervaring met het vertrouwen in elkaar en het leiderschap in het samenwerkingsverband.

Sommige factoren scoren lager ten opzichte van de IZA-meting over 2023. Zo zijn er minder afspraken gemaakt over gezamenlijke financiering en zijn inwoners en patiënten minder betrokken bij bestuurlijke beslissingen in de samenwerkingsverbanden. Ook merkten programmamanagers, net als in 2023, weinig verandering op binnen deelnemende organisaties, bijvoorbeeld in het aanbod van zorg en ondersteuning.

Verder valt het op dat domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden waarbij meer verschillende organisaties zijn betrokken, een andere werkwijze hebben. Zij hebben vaak een efficiënte constructie bedacht om namens alle organisaties beslissingen te kunnen nemen.

In algemene zin wil het RIVM benadrukken dat grote veranderingsprocessen in de zorg veel tijd kosten. Het is daarom belangrijk om deze ontwikkeling te blijven doorzetten. Dat betekent regio's de tijd geven om de samenwerking op te bouwen, vertrouwen te creëren en samen naar de doelen toe te werken.

Kernwoorden: IZA-monitor, IZA, samenwerken, regionaal samenwerken, domeinoverstijgend samenwerken, medische zorg, sociaal domein, gemeenten, JZOJP, GALA, IZA-regio's

Synopsis

IZA monitor

Towards more regional cooperation; first measurement

In late 2022, the Comprehensive Care Agreement (IZA) was signed to keep care effective, accessible and affordable. To that end, the organisations involved agreed, among other things, to expand their regional cooperation. This applies not only to different components of the care system, such as GP care, hospitals and home care, but also to cooperation between medical care and care and support provided by the municipality (the social domain). The goals include cutting waiting times, preventing unnecessary care and reducing costs.

From 2023 to 2027, for the benefit of the IZA, the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) is annually monitoring the development of cooperation. It does so by measuring factors that are important to successful cooperation, such as funding, confidence and the perceived effects. The IZA measurement for 2024 has revealed that efforts are being made towards the goal of greater cooperation. For example, within regions, care facilities and the social domain have made agreements to that end.

An examination of the partnerships themselves has revealed that the changes in 2024 were mostly strategic and related to policy. For example, to what end the organisations cooperate and how the cooperation has been organised. Just like in 2023, the programme managers of the partnerships had a positive experience based on confidence in each other's abilities and the leadership of the partnership.

Some factors had a lower score compared to the IZA measurements for 2023. For example, fewer agreements were made on joint funding, and residents and patients were less involved in administrative decisions in the partnerships. As was the case in 2023, programme managers noticed little change within participating organisations in matters such as care and support offered.

It is also striking that cross-domain partnerships involving a wide variety of organisations adopted a different way of working. They often came up with efficient constructions for making decisions on behalf of all organisations.

In a general sense, RIVM would like to stress that major change processes in care take a long time. That is why it is important to continue this development. This means giving the regions the time to build the cooperation, create confidence and work towards achieving goals together.

Keywords: IZA monitor, Comprehensive Care Agreement (IZA), cooperation, regional cooperation, cross-domain cooperation, medical care, social domain, municipalities, Right Care in the Right Place (JZOJP), Healthy and Active Living Agreement (GALA), IZA regions

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 11

- 1.1 Monitoring van de beweging IZA — 11
- 1.2 1-meting meer regionale samenwerking — 11
- 1.3 Leeswijzer — 12

2 Methoden — 13

- 2.1 Monitor maakt gebruik van bestaande bronnen en gegevens — 13
- 2.2 Duiding en interpretatie — 14

3 Regionale samenwerking vanuit DSV-perspectief — 15

- 3.1 Inleiding — 15
- 3.2 1-meting — 16
 - 3.2.1 Ontwikkeling vormgeving van DSV's — 16
 - 3.2.2 Ontwikkeling van het samenwerkingsproces in DSV's — 21
 - 3.2.3 Ontwikkeling ervaren effectiviteit van DSV's — 22

4 Regionale samenwerking vanuit GALA-perspectief — 25

- 4.1 Inleiding — 25
- 4.2 1-meting — 25
 - 4.2.1 Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars per IZA-regio — 25
 - 4.2.2 Samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en andere partijen — 27
 - 4.2.3 Waardering van de samenwerking tussen gemandateerde gemeenten en zorgverzekeraars — 27
 - 4.2.4 Overzicht van aantal gemeenten en ketenaanpakken — 28

5 Regionale samenwerking vanuit JZOJP-perspectief — 31

- 5.1 Inleiding — 31
- 5.2 1-meting — 31
 - 5.2.1 In- door- en uitstroom keten — 31
 - 5.2.2 Verhoudingen zorgkosten eerste- en tweedelijns behandelingen — 33
 - 5.2.3 Uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon — 34

6 Beschouwing — 37

- 6.1 Belangrijkste bevindingen en reflectie — 37
- 6.2 Reflectie op de gebruikte bronnen — 39
- 6.3 Conclusies en aanbevelingen — 40
- 6.4 Vervolg 2-meting in 2026 — 40

Dankbetuiging — 43

Literatuur — 45

Bijlage 1 Indicatorenlijst per perspectief — 47

Samenvatting

Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) heeft tot doel de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden. Om hieraan bij te dragen, werken de IZA-partijen onder andere toe naar meer regionale samenwerking. Deze 1-meting van de IZA deelmonitor 'Regionale samenwerking' 2025 biedt inzicht in de stand van zaken van de beweging naar meer regionale samenwerking, gebaseerd op bestaande gegevensverzamelingen. Dit wordt in kaart gebracht door vanuit verschillende perspectieven naar regionale samenwerking te kijken en indien mogelijk te vergelijken met de resultaten uit de 0-meting 2024. Zo wordt gebruikgemaakt van indicatoren over regionale samenwerking vanuit het perspectief 'de juiste zorg op de juiste plek' als aspect voor passende zorg. Ook wordt met behulp van indicatoren uit de GALA-monitor in kaart gebracht in welke mate het medische en het sociale domein samenwerken rondom het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Verder worden indicatoren gebruikt over de ontwikkeling van respectievelijk domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) en samenwerking in de IZA-regio's om welzijn en zorg lokaal of regionaal te verbeteren.

Uit deze 1-meting blijkt dat het overkoepelende doel om meer samen te werken in 2023 en 2024 in gang is gezet. Er wordt in de regio's meer gewerkt aan regionale samenwerking. In regio's zijn daarover bijvoorbeeld afspraken gemaakt tussen de zorg en het sociale domein. Maar deze samenwerking is vooral gericht op de vormgeving van de samenwerking. Er zijn nog weinig veranderingen merkbaar in het gebruiken en verlenen van beter gecoördineerde of geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Vanuit het DSV-perspectief is te zien dat er in het afgelopen jaar weinig is veranderd ten opzichte van de nulmeting. De doelen, doelgroepen en samenstelling van de DSV's zijn voor een groot deel hetzelfde gebleven. Opvallend is dat veel DSV's met meer deelnemende organisaties vaak een aparte organisatievorm hebben die het netwerk aanstuurt. Dit kan zorgen voor meer efficiëntie. Daarnaast wordt er positief gescoord voor vertrouwen en leiderschap binnen de DSV's. Belangrijke andere randvoorwaarden voor transformatie als het betrekken van doelgroepen en structurele financiering zijn echter nog beperkt aanwezig. Bovendien geven programmamanagers van DSV's aan met name veranderingen in beleid en strategische plannen te zien en nog minder in bestuursstructuur en personele bezetting.

Het GALA-perspectief laat zien dat de GALA een impuls heeft gegeven aan domeinoverstijgende samenwerking en de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars minder vrijblijvend heeft gemaakt. Maar er zijn nog wel minder vaak veranderingen te zien die al echt doorwerken in de praktijk, zoals het aanbod van zorg en ondersteuning. Zo versnelde het aantal gemeenten dat met ketenaanpakken is gestart sinds 2022, maar gaven nog weinig gemeenten aan dat dit ook tot voldoende aanbod voor de doelgroepen heeft geleid.

Meer regionale samenwerking beoogt ook betere resultaten voor de bevolking, zoals kortere wachttijden en een betere verdeling van zorgkosten, door de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) te organiseren. Met indicatoren op basis van bestaande openbare data is het op dit moment niet mogelijk om veranderingen van indicatoren vanuit een JZOJP-perspectief (al) aan meer regionale samenwerking toe te schrijven. Grote veranderingsprocessen kosten veel tijd. Het is daarom wel belangrijk om ontwikkelingen in uitkomsten van JZOJP te blijven volgen.

De 1-meting laat zien dat voor meer regionale samenwerking het van belang is de regio's de tijd te geven om de samenwerking op te bouwen, vertrouwen te creëren en samen naar de door samenwerkingsverbanden gezamenlijk geformuleerde ambities op het gebied van gezondheid, welzijn en zorg toe te werken. De IZA-monitor blijft de beweging naar meer regionale samenwerking volgen. De 2-meting komt in 2026 beschikbaar.

1 Inleiding

Door de vergrijzing neemt het aandeel ouderen in de bevolking toe. We leven langer en er zijn daardoor steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Ook het aantal chronisch zieken en mensen met meerdere aandoeningen neemt toe. Juist ook in de zorg komen we handen tekort. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft tot doel de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden [1].

1.1 Monitoring van de beweging IZA

De impact van het IZA wordt in kaart gebracht vanuit drie perspectieven: proces, beweging en doelgroepen. In het kader van de mid-term review van het IZA [2] zijn in juni 2024 nulmetingen gepubliceerd om de beweging van het IZA te monitoren voor passende zorg [3], regionale samenwerking [4], hybride zorg [5] en een sterkere eerste lijn [6]. De deelmonitor 'Passende Zorg als norm' biedt een overkoepelend inzicht in de veranderingen over de inhoud en organisatie van zorg, gebaseerd op de principes van Passende Zorg. Regionale samenwerking speelt hierin een sleutelrol, zoals belicht wordt in de deelmonitor 'Regionale samenwerking'. De deelmonitor 'Hybride zorg' richt zich op het in kaart brengen van de overgang naar Passende Zorg via digitale en hybride oplossingen. Tot slot focust de deelmonitor 'Sterkere eerste lijn' op de cruciale rol van de eerste lijn in deze transitie, waarbij onder andere thema's uit de andere monitors specifiek voor deze sector worden uitgediept.

1.2 1-meting meer regionale samenwerking

Deze deelmonitor 'Regionale samenwerking' bouwt voort op de eerder uitgevoerde 0-meting in 2024 [4] rondom de transitie naar meer regionale samenwerking. Deze 1-meting kijkt naar de stand van zaken rondom de beweging naar meer regionale samenwerking. Dit gebeurt aan de hand van drie perspectieven op regionale samenwerking met bijbehorende gegevensbronnen:

- Het DSV-perspectief: hoe ziet de ontwikkeling van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) voor zorg en welzijn eruit wat betreft vormgeving, samenwerkingsprocessen en ervaren effectiviteit?
- Het GALA-perspectief: in hoeverre wordt er in regionale samenwerkingsverbanden invulling gegeven aan de afspraken die gemaakt zijn in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)?
- Het Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP)-perspectief: hoe ontwikkelen relevante uitkomsten (met betrekking tot toegankelijkheid en kwaliteit) zich, waar samenwerkingsactiviteiten om de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek te organiseren binnen de regio uiteindelijk om begonnen zijn?

Er zijn voor deze 1-meting nog onvoldoende bruikbare gegevens beschikbaar om de beweging naar meer regionale samenwerking ook vanuit het vierde perspectief 'Population Health Management (PHM)

perspectief' te beschrijven, zoals in de 0-meting werd voorgesteld. Hoofdstuk 2 licht dit verder toe.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een toelichting op de opzet van de monitor, inclusief de gebruikte methode. Vervolgens worden per hoofdstuk de resultaten per perspectief weergegeven: DSV-perspectief in hoofdstuk 3, GALA-perspectief in hoofdstuk 4 en JZOJP-perspectief in hoofdstuk 5. Deze rapportage sluit in hoofdstuk 6 af met een beschouwing, waarin de resultaten in perspectief worden geplaatst en aanbevelingen worden gegeven.

2 Methoden

2.1 Monitor maakt gebruik van bestaande bronnen en gegevens

Deze 1-meting bouwt voort op de indicatoren die zijn vastgesteld in de 0-meting. Dat houdt in dat deze monitor net als de 0-meting gebruikmaakt van bestaande bronnen en gegevens. Het proces naar de 1-meting van deze monitor is in samenwerking met de IZA-partijen tot stand gekomen.

Vanuit de wetenschap is er nog geen consensus over een eenduidig perspectief op het monitoren van regionale samenwerking. Wel zijn er verschillende perspectieven en gegevensbronnen die volgens betrokkenen bij regionale samenwerkingsverbanden relevant en - in zekere mate – bruikbaar zijn. In de 0-meting zijn daarom vier perspectieven vastgesteld, met daarbij behorende gegevensbronnen: DSV-perspectief, GALA-perspectief, JZOJP-perspectief en PHM-perspectief [4]. Geen van deze perspectieven op zichzelf is volledig, maar samen geven ze een zo goed mogelijk beeld van de beweging. Bijlage 1 geeft een overzicht van de gebruikte indicatoren voor de benoemde perspectieven in de inleiding van zowel de 0-meting als de 1-meting.

Voor de 0-meting kon alleen inzicht gegeven worden voor het DSV-perspectief en het JZOJP-perspectief. Voor het DSV-perspectief is hier gebruikgemaakt van een jaarlijkse vragenlijst onder DSV's voor zorg en gezondheid uit heel Nederland [7]. Voor het JZOJP perspectief is gebruikgemaakt van indicatoren uit de basis-set van de Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste plek [8]. Voor het GALA-perspectief en het PHM-perspectief waren toen nog geen gegevens beschikbaar.

Voor de 1-meting is kritisch gekeken naar potentieel nieuwe bronnen, of indicatoren die waren vastgesteld in de werkagenda van de 0-meting. Niet alle besproken acties uit de werkagenda bleken vruchtbaar. Desondanks is deze 1-meting aangevuld met bruikbare nieuwe bronnen en indicatoren. Zo kunnen we aan de hand van de GALA-monitor inzicht geven in de stand van zaken van de afspraken over preventie en gezondheidsbevordering die gemaakt zijn tussen gemeenten en zorgverzekeraars en van vorderingen in de implementatie van de ketenaanpakken. Binnen het JZOJP-perspectief is de indicator over 'verkeerd-bed'-prestaties, die opgenomen was in de 0-meting, om kwaliteitsredenen niet meer beschikbaar. Deze is vervangen door de indicator 'totale aantallen wachtenden binnen de langdurige en geestelijke gezondheidszorg en de gemiddelde wachttijden voor diagnostiek of behandeling binnen de medisch specialistische zorg voor negen relevante specialismen'.

Voor de indicatoren van het PHM-perspectief is de eerste stap gezet tot het verzamelen van data met de Maturity-index. Dit gebeurde in samenwerking met het LUMC en in samenhang met het vragenlijstonderzoek onder DSV's van het RIVM. Helaas was het aantal reacties in dit jaar beperkt. Uit de daarbij gemaakte opmerkingen bleek

dat het instrument aanpassing behoeft voor metingen die rekening houden met een grotere en diverse groep van samenwerkingsverbanden. Het PHM-perspectief ontbreekt dan ook in deze rapportage.

In deze 1-meting zijn dus in totaal gegevens beschikbaar voor 10 DSV-indicatoren, 7 GALA-indicatoren en 3 JZOJP-indicatoren, zie Bijlage 1.

2.2 Duiding en interpretatie

Om de beweging van het IZA in kaart te brengen, hebben we beschikbare data vergeleken met de 0-meting. Voor het DSV-perspectief zijn aanvullende regressieanalyses gedaan bij DSV's, die zowel in 2023 als 2024 aan het onderzoek hebben meegedaan. Op deze manier was het mogelijk om te toetsen of verschillen over de tijd significant zijn.

3 Regionale samenwerking vanuit DSV-perspectief

3.1 Inleiding

Eind 2024 is voor de tweede keer de netwerkinventarisatievragenlijst voor Domeinoverstijgende Samenwerkings Verbanden (DSV's) uitgezet in het kader van de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking van het RIVM [7].

DSV's zijn groepen van drie of meer organisaties met een gedeelde ambitie om zorg en welzijn lokaal of regionaal te verbeteren. De deelnemende organisaties zijn actief in minstens twee van de volgende domeinen: het sociale domein (volgens de Wmo, Jw, Wpg, of Pw¹), de langdurige zorg (volgens de Wlz²) en/of curatieve zorg (volgens de Zvw³). Daarnaast is er binnen DSV's een gedeelde intentie om langer dan een jaar samen te werken aan twee of meer concrete activiteiten (bijvoorbeeld projecten of interventies). Daarbij staan de behoeften en het functioneren van inwoners (in een kwetsbare situatie) of patiënten centraal. De geografische gebieden van DSV's variëren van twee of meer wijken tot één of meer aangrenzende gemeenten of regio's.

In de vragenlijst staan vragen over de inrichting en vormgeving van DSV's, over procesfactoren zoals samenwerkingscompetenties, leiderschap, vertrouwen en hulpmiddelen. En over ervaren effecten, zoals veranderingen binnen organisaties en het bereiken van door het DSV gestelde doelen. Hiermee is onder andere een beeld te geven van hoe regionale samenwerking op dit moment eruitziet en hoe dit zich ontwikkelt.

In totaal hebben programmamanagers van 116 DSV's de vragenlijst dit jaar (deels) ingevuld. Bij de vorige uitvraag waren dit 103 DSV's. 45 DSV's deden zowel in 2023 als in 2024 mee.

Het is niet bekend hoeveel DSV's er exact actief zijn in Nederland. Daarom kunnen er geen uitspraken gedaan worden over het responspercentage of over de mate van representativiteit van de groep deelnemende DSV's ten opzichte van alle DSV's in Nederland. De hier gepresenteerde bevindingen over de groep deelnemende DSV's zeggen daarom niet één-op-één iets over Nederlandse DSV's in het algemeen. De DSV's die de vragenlijst hebben ingevuld, variëren van netwerken die gefocust zijn op één doelgroep (bijvoorbeeld dementienetwerken), tot grotere regio's die zich richten op de gezondheid van een bredere populatie (bijvoorbeeld IZA-regio's⁴). Aan de vragenlijst hebben 18 DSV's meegedaan die zich identificeren als uitvoerders van een geheel IZA-regioplan. Dat betekent dat er 18 IZA-regio's te onderscheiden zijn.

¹ Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning; Jw: Jeugdwet; Wpg: Wet publieke gezondheid; Pw: participatiewet.

² Wlz: Wet langdurige zorg

³ Zvw: Zorgverzekeringswet

⁴ IZA-regio: In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken dat regionale partijen een regiobeeld opstellen en/of actualiseren voor elke zorgkantorregio. Binnen elke zorgkantorregio is er op basis van het regiobeeld één of enkele regioplannen opgesteld voor een (sub-)regio. Met IZA-regio's refereren we naar het geheel van partijen dat een regioplan voor zo'n (sub-)regio uitvoert.

Verder zijn er 80 DSV's (71%) die aangeven als netwerk betrokken te zijn bij de uitvoering van een (deel van een) IZA-regioplan.

Meer informatie over de DSV-vragenlijst is te vinden in de 0-meting van de IZA-deelmonitor naar 'Meer regionale samenwerking' uit 2024 [4]. In juni 2025 zijn de resultaten van de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking beschikbaar, waarin naast het vragenlijstonderzoek ook interviews gehouden zijn [7].

Kernboodschappen:

- De inrichting van DSV's is voor een groot deel stabiel ten opzichte van 2023, bijvoorbeeld wat betreft betrokken organisaties.
- DSV's met acht of meer deelnemende organisaties hebben in 2024 vaker een aparte organisatievorm voor netwerkaansturing.
- Randvoorwaarden voor transformatie, zoals doelgroepenbetrokkenheid, (structurele) financiering en bekostigingsoplossingen, (blijven) beperkt aanwezig in de DSV's.
- Vertrouwen en leiderschap scoren positief binnen DSV's.
- Meeste ervaren verandering (in lijn met DSV-doelen) binnen deelnemende organisaties op strategisch niveau; minste ervaren verandering in bestuur en personeel.
- Meeste ervaren effectiviteit van DSV's op verbeteren van kwaliteit van de samenwerking en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning
- De ervaren effectiviteit van DSV's is constant gebleven van 2023 naar 2024.

3.2 1-meting

De resultaten van de 1-meting worden in drie delen besproken. Eerst wordt gekeken naar de ontwikkeling van de vormgeving van DSV's. Daarna wordt gekeken naar de ontwikkeling van het samenwerkingsproces binnen de DSV's. Tot slot komt aan bod in hoeverre programmamanagers ervaren dat DSV's effectief zijn in het bereiken van de door hen gestelde doelen.

Per deel worden de belangrijkste bevindingen besproken. Hierbij worden in Tabel 1, 2 en 3 de resultaten gepresenteerd voor:

- 1) de gehele groep deelnemende DSV's (n=116);
- 2) de subgroep van DSV's die zowel in 2023 als in 2024 de vragenlijst hebben ingevuld (n=45) en;
- 3) de subgroep van IZA-regio's die deelnamen (n=18).

De resultaten voor de twee subgroepen worden apart uitgelicht, zodat er stilgestaan kan worden bij de ontwikkeling over de tijd (binnen de groep DSV's die zowel in 2023 als 2024 deelnam) en bij bijzonderheden binnen de groep IZA-regio's. Waar relevant, is ook getoetst of de verschillen over de tijd of tussen groepen statistisch significant zijn. De twee subgroepen zijn ook onderdeel van de gehele groep DSV's (n=116).

3.2.1 Ontwikkeling vormgeving van DSV's

Vijf relevante indicatoren voor de inrichting c.q. vormgeving van DSV's zijn: betrokken organisaties, governance-vorm, bekostiging, financiering

en inwonersparticipatie. Voor deze indicatoren zijn op jaarbasis weinig veranderingen te verwachten. Dit blijkt ook uit de resultaten; over het algemeen veranderde er weinig in de breedte van de betrokken samenwerkingspartners, de inzet op een gecentraliseerde governance-vorm en de mate van bekostigingsafspraken die in lijn zijn met samenwerkingsdoelen (Tabel 1).

Betrokken organisaties

Opvallend is wel een significante toename in de betrokkenheid van apotheken in de subgroep van DSV's die zowel in 2023 als in 2024 deelnam aan de vragenlijst (van 31% in 2023 naar 56% in 2024⁵). Binnen de subgroep van IZA-regio's zien we in vergelijking met de gehele groep deelnemende DSV's vaker de betrokkenheid van GGZ-organisaties. Zowel in uitvoering als in stuurgroep (Figuur 1A en B). In de IZA-regio's zien we bovendien meer verschillende typen actoren in de stuurgroep. Zo zijn huisartsen, GGZ, langdurige zorg en gemeenten in de meeste deelnemende IZA-regio's bestuurlijk betrokken. Welzijnsorganisaties zitten in zowel de subgroep van IZA-regio's als de gehele DSV-groep in ruim tweederde van de netwerken aan tafel (Figuur 1). Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn in veel IZA-regio's betrokken, ofwel bij het organiseren van activiteiten of als lid van de stuurgroep. Inwonervertegenwoordigers zijn in het merendeel van de IZA-regio's betrokken, maar met name bij het organiseren van activiteiten en niet vaak in de stuurgroep (Figuur 1B).

Governance-vorm

In de literatuur worden drie ideaaltypen geformuleerd voor de governance-structuur van netwerken, namelijk zelfsturende netwerken (decentraal), netwerken met een leidersorganisatie (centraal), en netwerken met een speciale organisatie (van minimaal één persoon) om het netwerk aan te sturen (centraal) [9]. Gezamenlijke aansturing door alle organisaties in het netwerk (een decentrale vorm) kan geschikt zijn om dynamisch te kunnen inspelen op wat er speelt binnen een klein netwerk. Wanneer een netwerk groter is of wordt, bijvoorbeeld als deze meer dan acht deelnemende organisaties heeft, dan kan aansturing door alle deelnemende organisaties inefficiënt worden en is een meer gecentraliseerde vorm van governance soms geschikter.

In de subgroep van DSV's die zowel in 2023 als in 2024 deelnamen, werkte in 2023 55 procent van de grotere netwerken zónder gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing (Tabel 1). In 2024 was dit 50 procent. In 2024 werken de grotere netwerken dus vaker met een gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing. Dit verschil is echter niet statistisch significant. Voor de IZA-regio's geldt dat 5 van de 13 regio's – met acht of meer deelnemende organisaties – géén gebruik maakt van een gecentraliseerde governance-vorm (Tabel 1). Het merendeel van de grotere IZA-regio's maakt dus wel gebruik van een gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing. Als we kijken naar de gehele groep deelnemende IZA-regio's, zien we dat de helft (8 van de 16) gebruikmaakt van aansturing door een aparte organisatie.

⁵ De odds ratio (OR) bij deze toets naar een significante verandering in de betrokkenheid van apothekers was zeer hoog (OR = 6.098; p = 0.03). Dit duidt op een mogelijk instabiele modelschatting, waarschijnlijk door de kleine steekproef en beperkte variatie in de data. Deze OR is daarom niet goed te interpreteren.

Bekostiging

Bekostigingsafspraken kunnen het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-doelen door de betrokken organisaties ondersteunen. Het percentage DSV's - binnen de subgroep DSV's die in 2023 en 2024 deelnamen - waarin dergelijke bekostigingsafspraken informeel of formeel (bijvoorbeeld met nieuwe betaaltitels, meerjarige contracten of alternatieve bekostiging) zijn gemaakt, was in 2023 40 procent (n=43) en in 2024 46 procent (n=41) (tabel 1). Dit verschil is niet-significant. Binnen de helft van de deelnemende IZA-regio's komen er faciliterende bekostigingsafspraken voor (Tabel 1). Dit zegt niet hoe wijdverspreid faciliterende bekostigingsafspraken binnen DSV's gemaakt zijn.

Financiering

Het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de gemeente beheren geldstromen voor zorg of ondersteuning. Voor DSV's waarin minstens twee van deze drie organisatiesoorten betrokken zijn, is gevraagd of er tussen deze organisaties - in verband met de ambitie of activiteiten van het DSV - financiële middelen zijn uitgewisseld in verband met zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen. Het kan hierbij gaan om: 1) cofinanciering voor het betalen van of investeren in zorg- of ondersteuningsaanbod of; 2) verdeling van baten/besparingen. Hierbij is ook gevraagd in hoeverre dit incidenteel of structureel plaatsvindt, voor zover van toepassing.

Binnen de subgroep van DSV's die in 2023 en 2024 deelnamen, werden in 2024 in 22 procent van de DSV's onderlinge afspraken gemaakt over gezamenlijk financieren. In 2023 was dit in 41 procent van de deelnemende DSV's het geval (Tabel 1). Deze afname is significant (OR=0.25, p=0.04) en is alleen toe te schrijven aan een afname van afspraken van incidentele aard (en niet aan een wijziging in afspraken van structurele aard). In de IZA-regio's werden in 4 van de 17 DSV's (die deze vraag beantwoordden) afspraken gemaakt over gezamenlijk financieren.

Inwonerparticipatie

Er is een significante afname te zien in betrokkenheid van inwoners in het vormgeven van bestuurlijke besluiten of activiteiten binnen de subgroep DSV's die in 2023 en 2024 deelnamen (OR = 0.12, p=0.01). In 2024 zijn inwoners in 16 procent van de DSV's bestuurlijk betrokken en in 40 procent van de DSV's door deel te nemen aan het vormgeven van bestuurlijke besluiten of activiteiten (co-creatie). In 2023 waren inwoners in 27 procent van deze DSV's bestuurlijk betrokken en in 68 procent van de DSV's door deel te nemen aan het vormgeven van bestuurlijke besluiten of activiteiten (co-creatie). In de IZA-regio's zijn de inwoners in 4 van de 17 (die deze vraag beantwoordden) bestuurlijk betrokken en in 8 van de 17 netwerken bestuurlijk betrokken of bij co-creatie betrokken; zie Tabel 1.

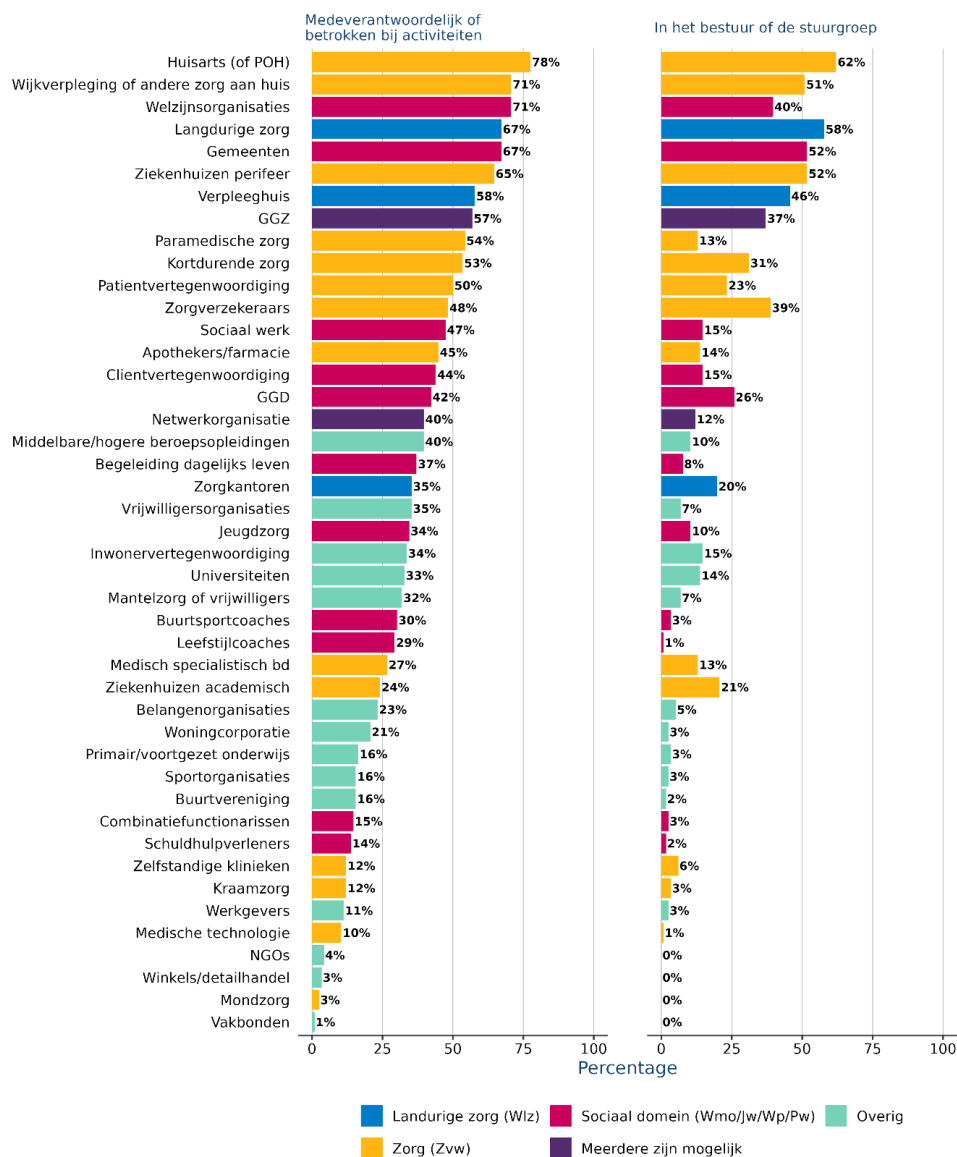
Tabel 1 Indicatoren ontwikkeling vormgeving van DSV's

	Gehele groep DSV's 2024	Groep DSV's die in zowel 2023 als 2024 invulde		IZA-regio's
Jaar ingevuld	2024	2024	2023	2024
Governance: Percentage grote (>8 organisaties) DSV's <u>zonder</u> een gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing.	41% (n=79)	50% (n=30)	55% (n=42)	5/13 IZA-regio's
Bekostiging: Percentage DSV's waarin partijen bekostigingsafspraken maakten ter ondersteuning van het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-doelen door de betreffende partijen.	46% (n=97)	46% (n=41)	40% (n=43)	7/14
Financiering: Percentage DSV's waarin minstens twee betalers van zorg of ondersteuning (gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor) betrokken zijn en binnen de wettelijke kaders onderlinge afspraken hebben gemaakt over het gezamenlijk financieren van DSV-activiteiten.	21% (n=109)	22% (n=45)	41% (n=44)	4/17
Inwonerparticipatie: Percentage DSV's waarin doelgroepen(vertegenwoordigers) betrokken zijn d.m.v. co-creatie van activiteiten of bestuurlijke medezeggenschap.	Bestuur: 17% (n=109) Bestuur/co-creatie: 45% (n=109)	Bestuur: 16% (n=45) Bestuur/co-creatie: 40% (n=45)	Bestuur: 27% (n=44) Bestuur/co-creatie: 68% (n=44)	Bestuur: 4/17 Bestuur/co-creatie: 8/17

*Het verschilt per indicator en per jaar hoeveel DSV's of IZA-regio's in dat jaar die vraag hebben beantwoord. Voorbeeld: in 2024 hebben 13 IZA-regio's de vraag over governance beantwoord, waarvan er 5 voldoen aan de definitie van de indicator. Voor de indicator over bekostiging hebben 14 IZA-regio's die vraag beantwoord in 2024, waarvan er 7 voldoen aan de definitie van de indicator.

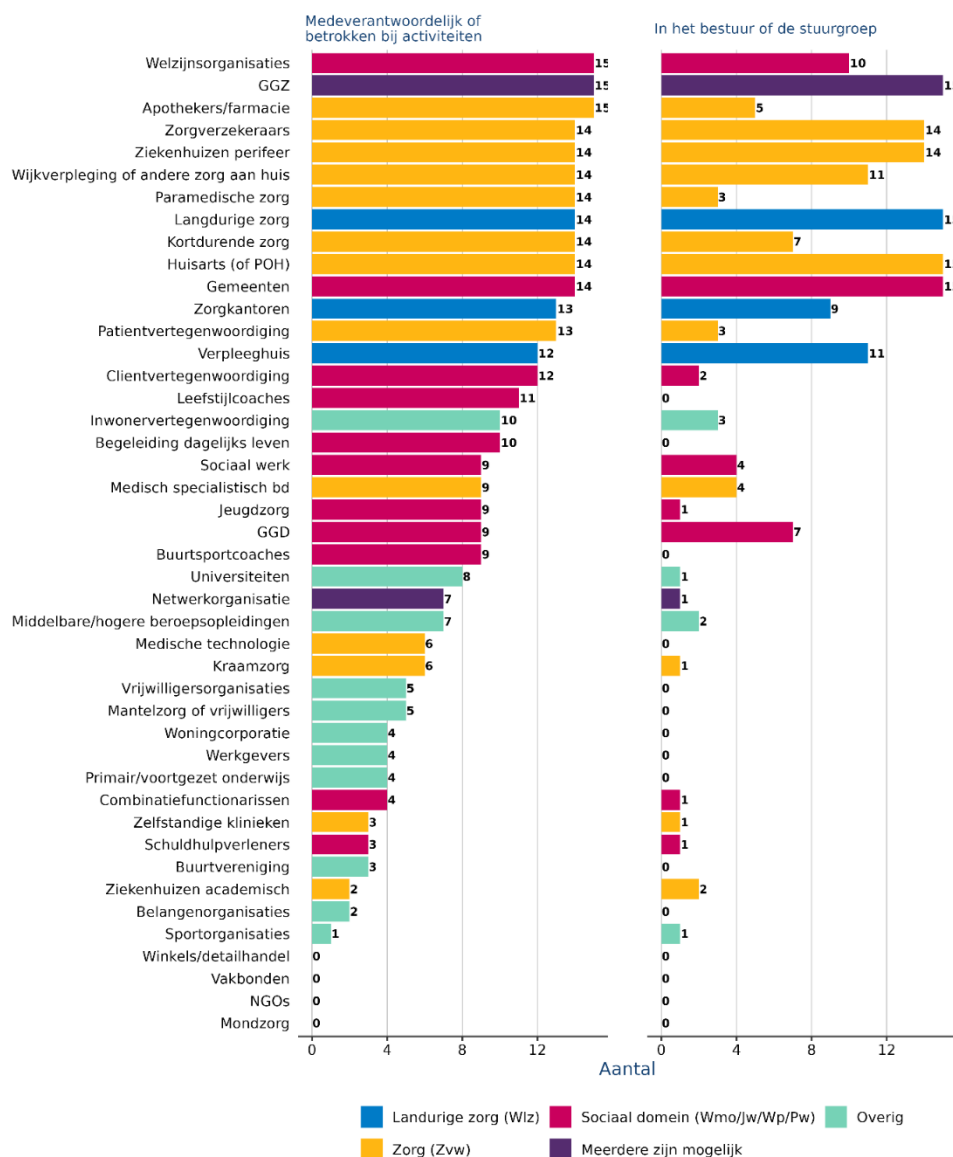
Bron: netwerkinventarisatievragenlijst voor DSV's [7].

Figuur 1A Betrokkenheid van verschillende organisatiesoorten in de totale groep DSV's (n=116).



Bron: netwerkinventarisatievragenlijst voor DSV's [7].

Figuur 1B Betrokkenheid van verschillende organisatiesoorten in de subgroep deelnemende IZA-regio's*.



*n=18: Geen percentages getoond vanwege het beperkte aantal van (deelnemende) IZA-regio's.

Bron: netwerkinventarisatievragenlijst voor DSV's [7].

3.2.2

Ontwikkeling van het samenwerkingsproces in DSV's

Drie relevante indicatoren voor inzicht in het samenwerkingsproces zijn: mate van vertrouwen, kwaliteit van de samenwerking en effectiviteit van het leiderschap. De gemiddelde scores en percentages voor deze indicatoren in 2024 tonen geen statistisch significante verschillen vergeleken met 2023 voor de subgroep DSV's, die zowel in 2023 als 2024 deelnamen (gepaarde t-toets, statistiek = 0.6-1.7, p-waarden = 0.1-0.5). Tabel 2 geeft een overzicht van de indicatorscores over deze samenwerkingsprocessen. De scores voor de IZA-regio's zijn vergelijkbaar met de totale DSV-groep voor alle drie de indicatoren.

Binnen de gehele groep DSV's die in 2024 deelnam, werd in 43 procent van de DSV's positief tot zeer positief gescoord op vertrouwen. 7 van de 16 IZA-regio's (die deze vraag beantwoordden) scoren, volgens de programmamanager, positief tot zeer positief op vertrouwen. Voor kwaliteit van samenwerking wordt in 2024 een gemiddelde score van 3.4 gegeven (op een schaal van 1 op 5) in de gehele groep DSV's én in de deelnemende IZA-regio's. De gemiddelde score voor de kwaliteit van leiderschap is 3.4 in 2024 (op een schaal van 1 op 5) voor de gehele groep DSV's. In de deelnemende IZA-regio's is deze score 3.3.

Tabel 2 Indicatoren ontwikkeling samenwerkingsproces in DSV's.

	Gehele groep DSV's 2024	Groep DSV's die in zowel 2023 als 2024 invulde		IZA-regio's
Jaar ingevuld	2024	2024	2023	2024
Mate van vertrouwen: Percentage DSV's waarvan de programmamanager het consistent eens of zeer eens is met drie stellingen over vertrouwen in de partners binnen het samenwerkingsverband.	43% (n=100)	36% (n=44)	51% (n=43)	7/16 IZA-regio's
Kwaliteit van samenwerking: Gemiddelde score (1-5) op een gevalideerde schaal over de mate waarin deelnemende organisaties binnen DSV's benodigde samenwerkingscompetenties hebben (ontwikkeld).	3.4 (n=93)	3.5 (n=42)	3.5 (n=42)	3.4
Kwaliteit van leiderschap: Gemiddelde score op een gevalideerde schaal over de effectiviteit van het leiderschap.	3.4 (n=96)	3.6 (n=43)	3.7 (n=42)	3.3

Bron: netwerkinventarisatievragenlijst voor DSV's [7].

3.2.3 Ontwikkeling ervaren effectiviteit van DSV's

Twee relevante indicatoren voor inzicht in de ervaren effectiviteit van DSV's zijn de ervaren verandering bij deelnemende organisaties in lijn met de DSV-ambities en de ervaren effectiviteit in het bereiken van gezamenlijk gestelde doelen.

Ervaren verandering binnen deelnemende organisaties

De gemiddelde ervaren verandering bij deelnemende organisaties in het netwerk is niet-significant toe- of afgenomen voor de subgroep DSV's die zowel in 2023 als in 2024 deelnamen. De meeste verandering wordt ervaren in de strategische plannen van deelnemende organisaties. De minste verandering wordt ervaren in de bestuursstructuur en personeelsbezetting van deelnemende organisaties.

In 2024 werd in 33 procent van de gehele groep DSV's ervaren dat er in deelnemende organisaties (zeer) veel is veranderd in lijn met de DSV-ambities. In de IZA-regio's wordt in 2024 in 5 van de 14 regio's (die

hierop antwoord gaven) ervaren dat de deelnemende organisaties (zeer) veel veranderen in overeenstemming met de gezamenlijk ambities. Zie Tabel 3.

Ervaren effectiviteit op gestelde doelen

In de vragenlijst is gevraagd welke doelen DSV's zichzelf gesteld hebben binnen zeven categorieën (in 2023 waren dit er vijf) (Tabel 3).

Vervolgens is gevraagd voor elk van de van toepassing zijnde doelen hoe effectief de DSV's zichzelf vinden in het bereiken van deze doelen. De antwoorden konden gegeven worden op een schaal van 1: 'helemaal niet effectief' tot 5: 'extreem effectief'. Het percentage DSV's dat zichzelf als 'zeer effectief' (4) of 'extreem effectief' (5) beoordeelt, wordt voor deze indicator beschreven.

De ervaren effectiviteit op gestelde doelen is voor 'verbeteren van kwaliteit van zorg of ondersteuning' het hoogste (40%) in 2024 binnen de gehele groep DSV's. De DSV's scoren de ervaren effectiviteit relatief laag als het gaat om het bereiken van doelen gericht op het 'verkleinen van arbeidsmarkttekorten' (4%) en het verkleinen van 'sociaaleconomische gezondheidsverschillen' (7%). Voor de vijf categorieën die in beide jaren zijn bevraagd, zijn de scores in 2024 niet-significant verschillend van die van 2023 voor de groep DSV's, die zowel in 2023 als in 2024 deelnamen. Toegankelijkheid en arbeidsmarkttekorten zijn alleen in 2024 uitgevraagd.

Bij de vragen over de ervaren effectiviteit op gestelde doelen is door IZA-regio's vaker met 'weet ik niet' geantwoord dan bij de overige groep DSV's. De ervaren effectiviteit op gestelde doelen over kwaliteit (1 van de 8), gezondheidsuitkomsten (1 van de 12) en kosten (2 van de 7) was relatief laag voor de 7 tot 12 IZA-regio's die hierop een antwoord gaven. Voor de overige vier categorieën zijn geen gegevens beschikbaar voor de IZA-regio's, omdat geen van de deelnemende regio's heeft aangegeven zichzelf hierop een doel gesteld te hebben.

Tabel 3 Indicatoren ontwikkeling ervaren effectiviteit van DSV's

	Gehele groep DSV's 2024	Groep DSV's die in zowel 2023 als 2024 invulde		IZA-regio's
Jaar ingevuld	<i>2024</i>	<i>2024</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
Ervaren verandering bij deelnemende organisaties: percentage DSV's waarvan de programmamanager ervaart dat de deelnemende organisaties (zeer) veel veranderen in overeenstemming met de gezamenlijk ambities.	33%, n=87	35%, n=40	39%, n=41	5/14 IZA-regio's
Ervaren effectiviteit op gestelde doelen: percentage DSV's dat zichzelf beoordeelt als zeer of extreem effectief in het bereiken van gezamenlijk gestelde doelen binnen één of meerdere categorieën van uitkomsten.				
1. Kwaliteit van zorg en ondersteuning	40%, n=65	41%, n=32	28%, n=25	1/8
2. Gezondheid	13%, n=47	15%, n=26	19%, n=31	1/12
3. Kosten	18%, n=33	20%, n=15	21%, n=24	2/7
4. Welzijn professionals	22%, n=46	25%, n=24	27%, n=26	0
5. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen	7%, n=27	7%, n=15	11%, n=19	0
6. Arbeidstekorten (alleen uitgevraagd in 2024)	4%, n=26	8%, n=12	N.v.t.	0
7. Toegankelijkheid zorg en ondersteuning (alleen uitgevraagd in 2024)	29%, n=65	29%, n=31	N.v.t.	0

Bron: netwerkinventarisatievragenlijst voor DSV's [7].

4 Regionale samenwerking vanuit GALA-perspectief

4.1 Inleiding

Het GALA schrijft over regionale domeinoverstijgende samenwerking en de regionale preventie-infrastructuur. In dit hoofdstuk staat een aantal bevindingen uit de 'Rapportage GALA-monitor 2024. Eerste stand van zaken' beschreven over regionale samenwerking aan de hand van zes indicatoren [10]. Deze indicatoren gaan over samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, en de implementatie van de ketenaanpakken Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, Sociaal Verwijzen, Valpreventie en Gecombineerde Leefstijlinterventie (bijlage 1). Dit geeft een eerste beeld van de ontwikkelingen sinds het startpunt van GALA in 2023. In juli 2025 zijn de resultaten vanuit de GALA-monitor 2025 beschikbaar.

Kernboodschappen:

- Tempoverschillen zijn aanwezig in samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars.
- Naast de zorgverzekeraar wordt er binnen de regio ook samengewerkt met de GGD en in mindere mate met hulp- en zorgverleners en zorg- en welzijnsorganisaties.
- Veel ketenaanpakken zijn gestart, maar hier zijn ook tempoverschillen tussen regio's.
- Veranderingen in tijd vanuit GALA-perspectief zijn nog niet in beeld te brengen, omdat gebruik is gemaakt van de eerste bevindingen uit de GALA-monitor.

4.2 1-meting

4.2.1

Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars per IZA-regio

Binnen de GALA-monitor zijn vragenlijsten uitgezet bij gemeenten en zorgverzekeraars [10]. Aanvullend zijn in zes regio's interviews afgenomen met gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en zorg- en welzijnsaanbieders. De uitkomsten van de vragenlijsten laten zien dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met andere partijen als GGD en aanbieders van zorg en welzijn werken aan een regionale preventie-infrastructuur. De manier waarop, verschilt tussen regio's. Ook zijn er tempoverschillen. De bouwstenen van de preventie-infrastructuur die in het GALA beschreven staan [11], komen dan ook niet in alle regio's in gelijke mate terug, en zijn vaak afhankelijk van de voorgeschiedenis.

In de vragenlijsten staan stellingen over regionale afspraken. De stellingen zijn gescoord op een schaal van 1 (helemaal niet van toepassing) tot en met 5 (helemaal wel van toepassing). In Tabel 4 is aangegeven in hoeverre de stellingen van toepassing zijn volgens zowel responderende gemandateerde⁶ als niet-gemandateerde gemeenten als de zorgverzekeraars. Hierbij is het percentage '(helemaal) wel van toepassing' vermeld (score 4 en 5 tezamen).

⁶Een belangrijke randvoorwaarde voor de preventie-infrastructuur is dat gemeenten zich organiseren in een mandaatstructuur. Op regionaal niveau (IZA-regio) worden afspraken gemaakt tussen de preferente zorgverzekeraar en een gemandateerde gemeente (de 'mandaatgemeente'). Deze gemeente doet dit namens gemeenten uit de betreffende regio [VWS, 2022; VWS 2023].

Over het algemeen rapporteren de zorgverzekeraars vaker dat er regionale afspraken zijn rondom preventie en gezondheidsbevordering dan de (gemandateerde) gemeenten. Gemandateerde gemeenten rapporteren vaker dat er afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar dan de niet-gemandateerde gemeenten. Dat komt mogelijk doordat de gemandateerde gemeenten namens de andere gemeenten in de regio afspraken maken met de zorgverzekeraar.

Tabel 4 Stellingen over regionale afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars rondom preventie en gezondheidsbevordering.

Stellingen	% (helemaal) wel van toepassing		
	Niet- gemanda- teerde gemeenten (n=293)	Gemanda- teerde gemeenten (n=42)	Zorg- verzekeraars (n=39)
Er is periodiek gestructureerd overleg* tussen de gemeente en (de preferente) zorgverzekeraar.	46	67	87
Er wordt een gedeelde urgentie gevoeld ten aanzien van het naleven van de afspraken.	55	64	95
De besluitvorming over de inrichting en uitvoering van de afspraken worden gezamenlijk gedaan.	49	67	77
Er zijn afspraken gemaakt over het verdelen van de verantwoordelijkheden.	42	55	74
Er zijn afspraken gemaakt over wat gezamenlijk met alle gemeenten (regionaal) wordt opgepakt en wat gemeenten voor zichzelf (lokaal) doen.	53	57	-
Er zijn afspraken over hoe en door wie de uitvoering gecoördineerd wordt.	54	60	82
Er zijn financiële afspraken gemaakt.	39	52	44

*Er is sprake van een gestructureerd overleg wanneer er minimaal een vooraf vastgestelde agenda is en een besluitenlijst. Bron: vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars 2024 [10].

Uit de interviews in de zes regio's blijkt dat het werken met een mandaatstructuur⁶ als complex wordt ervaren, onder andere door afwegingen tussen lokale en regionale belangen. Gemeenten binnen een regio kunnen van elkaar verschillen, bijvoorbeeld in bevolkingsopbouw en mate van stedelijkheid. De meerderheid van gemeenten en zorgverzekeraars is wel tevreden over de vertegenwoordiging door de mandaatgemeente. 74 procent van de gemandateerde gemeenten (n=42), 67 procent van de niet-gemandateerde gemeenten (n=293) en 72 procent van de zorgverzekeraars (n=39) is het eens met de stelling dat de gemandateerde gemeente voldoende in staat is om de gemeenten uit de IZA-regio te vertegenwoordigen [10].

4.2.2 *Samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en andere partijen*

Naast de zorgverzekeraar wordt er binnen de regio ook samengewerkt met de GGD en in mindere mate met hulp- en zorgverleners en zorg- en welzijnsorganisaties. Twee stellingen zijn voorgelegd in de vragenlijst naar gemeenten en zorgverzekeraars met de vraag in hoeverre deze van toepassing waren (1=helemaal niet en 5=helemaal wel). In 123 van de 335 responderende gemeenten (37%) zijn er '(helemaal) wel' afspraken met uitvoerende partijen over verantwoordelijkheden en taken gemaakt. Bij zorgverzekeraars was dit meer dan een derde (n=15 van de 39). Als het gaat om doorverwijzingen en coördinatiefuncties van professionals over de domeinen heen, geeft 27 procent (n=89 van 293) van de gemeenten aan dat afspraken hierover '(helemaal) wel' gemaakt zijn met hulp- en zorgverleners. Bij zorgverzekeraars is dit een derde (n=12 van 39).

Met een 5-puntschaal van 'helemaal niet' tot 'volledig betrokken' konden gemeenten in de vragenlijst aangeven in welke mate de GGD betrokken was bij de totstandkoming (86% 'volledig'), uitvoering (76% 'volledig') en coördinatie (75% 'volledig') van de regionale afspraken. De rol die de GGD oppakt of krijgt vanuit de gemeenten is wisselend en hangt af van de eerdere rol in de regio.

Uit de interviews in de zes regio's blijkt dat welzijnspartijen nog niet voldoende aan de regionale tafels zitten. Vanwege een divers palet aan zorgvragen bij welzijnspartijen is het daarbij lastig om één aanspreekpunt te laten aanschuiven. Bij de geïnterviewde partijen is een duidelijke behoefte om welzijnspartijen beter te betrekken bij regionale thematafels, met name door de grote rol die zij spelen in het sociaal domein. De vraag blijft alleen op welke manier.

4.2.3 *Waardering van de samenwerking tussen gemandateerde gemeenten en zorgverzekeraars*

In de vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars is gevraagd de samenwerking met de ander rondom het GALA te waarderen bij drie activiteiten rondom het bouwen aan de preventie-infrastructuur. In Tabel 5 staan de gemiddelde rapportcijfers die beide partijen geven voor: de totstandkoming van het regioplan of regionale afspraken; de lokale afspraken over preventie en gezondheid; en de rol bij het implementeren van de ketenaanpakken. De samenwerking wordt verschillend gewaardeerd. De tabel laat zien dat de gemandateerde gemeenten de samenwerking met de zorgverzekeraar over het algemeen lager waarderen dan de zorgverzekeraars de samenwerking met de gemandateerde gemeenten. Door beide partijen wordt de samenwerking bij de totstandkoming van het regioplan of regionale afspraken hoger gewaardeerd dan de andere twee activiteiten.

Tabel 5 Gemiddelde rapportcijfers van gemeenten en zorgverzekeraars voor de samenwerking bij drie activiteiten in het kader van de preventie-infrastructuur.

Activiteiten	Gemiddeld rapportcijfer (standaardafwijking)	
	Gemandateerde gemeenten (n=42)	Zorgverzekeraars (n=39)
Totstandkoming regioplan of regionale afspraken.	6,8 (2,2)	8,4 (0,8)
Lokale afspraken maken over preventie en gezondheidsbevordering.	5,0 (1,7)	6,6 (1,4)
Rol bij het implementeren van ketenaanpakken.	5,0 (1,7)	6,6 (1,4)

Bron: vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars 2024 [10].

4.2.4

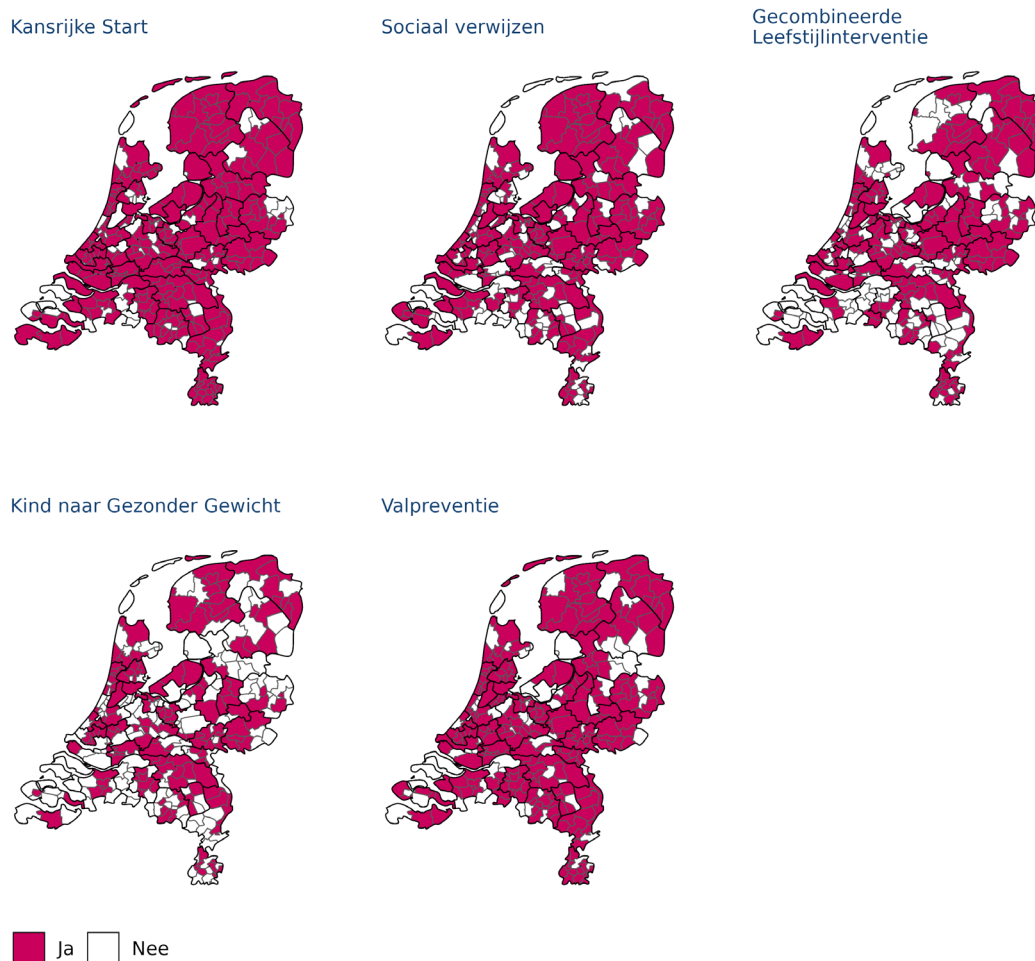
Overzicht van aantal gemeenten en ketenaanpakken

In veel gemeenten is gestart met de inrichting van de ketenaanpakken. Onder 'gestart' wordt binnen de GALA-monitor verstaan dat er minimaal afspraken zijn gemaakt over de ketenaanpakken tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Figuur 2 geeft weer welke gemeenten aangeven gestart te zijn met een ketenaanpak; 87 procent is gestart met Ketenaanpak Kansrijke Start, 53 procent met de Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht), 64 procent met Ketenaanpak Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), 75 procent met de aanpak Sociaal Verwijzen en 82 procent met de Ketenaanpak Valpreventie. Er zijn verschillen tussen gemeenten met welke ketenaanpak(ken) is gestart. Ook binnen een regio geldt dat niet alle gemeenten met dezelfde ketenaanpak zijn gestart.

In Figuur 3 zijn tempoverschillen tussen de ketenaanpakken zichtbaar. Bij alle ketenaanpakken is een (sterkere) stijging zichtbaar rond de start van GALA in 2023, zoals te zien bij de Ketenaanpak Valpreventie en Kind naar Gezonder Gewicht. Bij Kansrijke Start is de stijging meer geleidelijk over de tijd. Gebrek aan capaciteit en samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar blijken belangrijke redenen om (nog) niet te starten met ketenaanpak.

Uit de vragenlijst blijkt dat in de gemeenten waarin gestart is met de inrichting van de ketenaanpakken het merendeel regionaal samenwerkt met de IZA-regio van het regioplan. Het aandeel gemeenten dat regionaal samenwerkt, wisselt per ketenaanpak, van 52 procent voor Sociaal verwijzen tot 64 procent voor Kansrijke Start en Valpreventie.

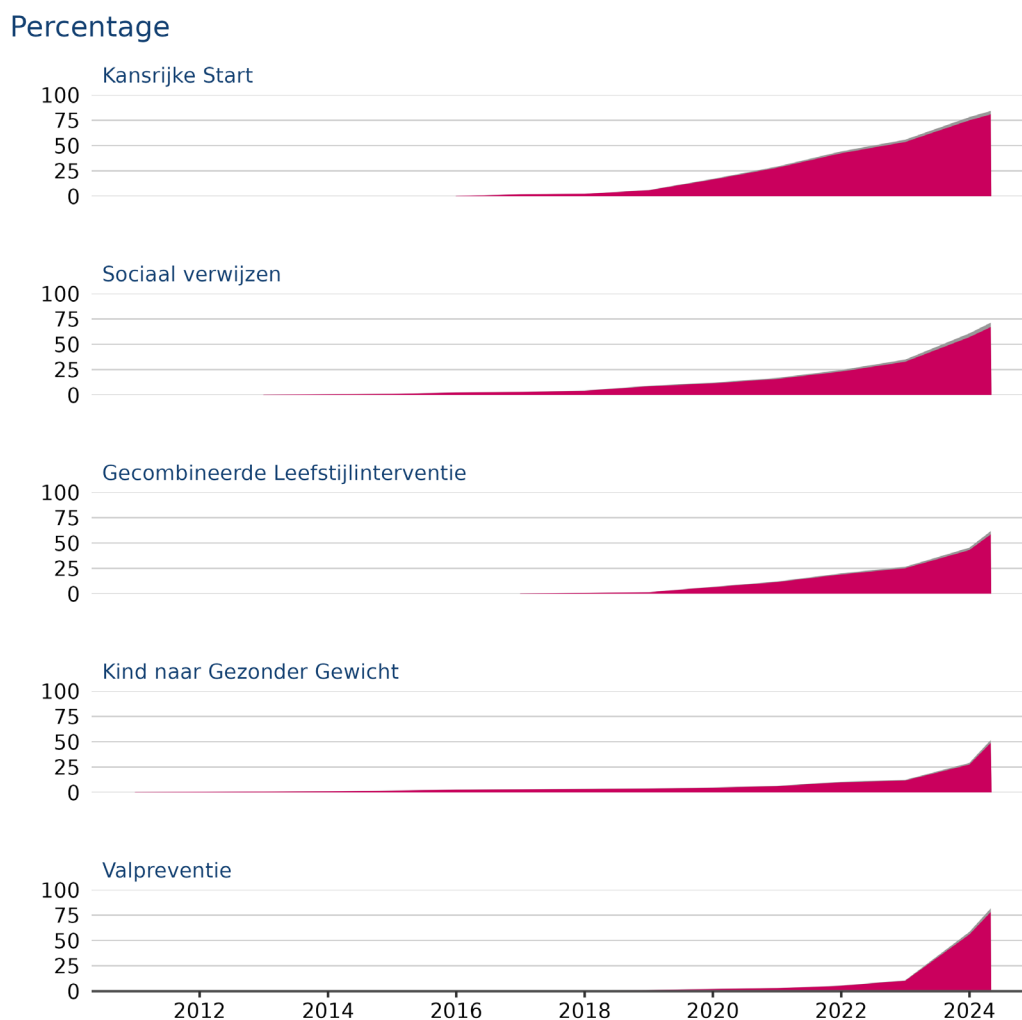
Figuur 2 Gemeenten die aangeven gestart te zijn met inrichting van ketenaanpakken⁷.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024 [10].

⁷ De categorie 'Nee' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten dat door een technische fout niet aan een gemeente is toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst. Voor Kansrijke Start is gevraagd in welke gemeenten gestart is met de vorming van een lokale of regionale coalitie.

Figuur 3 Aandeel gemeenten waarin is gestart met de inrichting van ketenaanpak over de tijd.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024 [10].

5 Regionale samenwerking vanuit JZOJP-perspectief

5.1 Inleiding

Voor dit perspectief is gebruikgemaakt van indicatoren uit de indicatorenset voor JZOJP. Juiste zorg op de juiste plek is een aspect van passende zorg dat bij uitstek regionale samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties vergt. De JZOJP-indicatorset is ontwikkeld op basis van een eerder uitgevoerde Delphi-studie [8]. De studie liet zien dat bruikbare indicatoren voor gesprekken over JZOJP aan regionale tafels idealiter een domeinoverstijgend karakter hebben en iets zeggen over de uitvoering en consequenties van regionaal beleid. Uit de Delphi-studie bleek dat voor veel aspecten van JZOJP, op basis van openbare bronnen, nauwelijks indicatoren beschikbaar zijn en dat indicatoren die wel beschikbaar zijn, vaak niet voldoen.

Er zijn dan ook kanttekeningen te plaatsen bij een aantal van de JZOJP-indicatoren om de beweging naar meer regionale samenwerking te laten zien. De data beperken zich namelijk tot het zorgdomein en zijn daarmee niet domeinoverstijgend. Het is ook onduidelijk of, in hoeverre, en op welke termijn, deze indicatoren werkelijk door meer regionale samenwerking beïnvloed kunnen worden.

Toch hebben we in overleg met de IZA-partijen besloten om de volgende indicatoren vanuit het JZOJP te presenteren: aantal wachtenden; aantal declaraties per verzekerde binnen huisartsenzorg; multidisciplinaire zorg of medisch specialistische zorg; en: gemiddelde uitgave aan zorg en ondersteuning.

Kernboodschappen:

- Aantal wachtenden in de GGZ, langdurige zorg en medisch specialistische zorg neemt toe.
- De kosten van eerstelijns- en tweedelijnsbehandelingen stegen meer dan verwacht maar bleven in verhouding nagenoeg gelijk.
- Er is een stijging van de zorguitgaven op zowel gebied van medische zorg als op gebied van ondersteuning.

5.2 1-meting

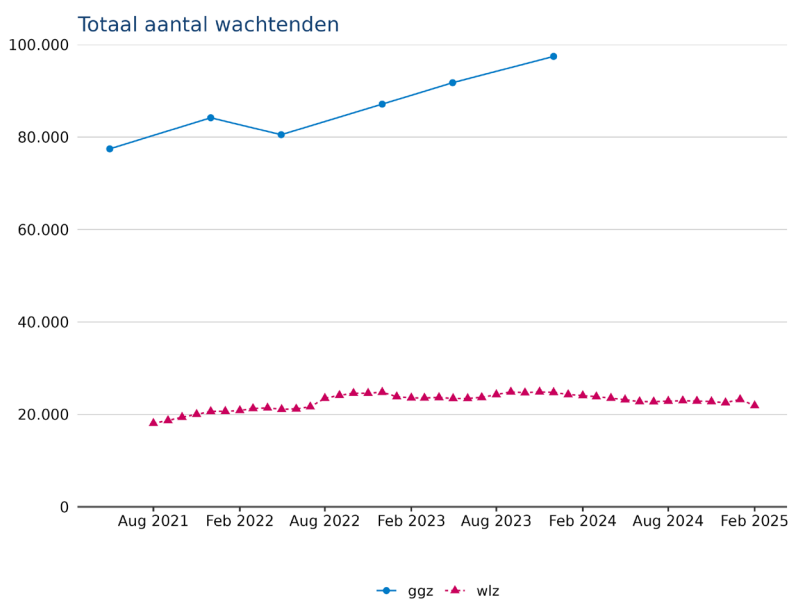
5.2.1 In- door- en uitstroom keten

Een indicatie van de mate van in-, door- en uitstroom (continuïteit) binnen de zorg- en ondersteuningsketens is onder meer af te leiden uit de wachtlijstinformatie. Specifieke vormen van zorg, waarbij de instroom afhankelijk is van ketenzorg en samenwerking met het sociale domein, zoals geestelijke gezondheidszorg, langdurige zorg en medisch specialistische zorg (onder andere interne geneeskunde, longgeneeskunde, cardiologie, neurologie en reumatologie), kunnen te maken krijgen met lange wachtlijsten en wachttijden als die samenwerking niet optimaal verloopt.

Van december 2021 tot en met dezelfde maand in 2023 nam het aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg (binnen de zorgverzekeringswet) sterk toe van 84.180 tot 97.450. Binnen de langdurige zorg (inclusief geestelijke gezondheidszorg) zagen we tussen 1 januari 2022 en 1 februari 2025 het aantal wachtenden dagelijks met

ruim één persoon toenemen (van 20.675 tot 21.908, zie Figuur 4). Ook binnen de medisch specialistische zorg namen de wachttijden tussen januari 2022 en december 2024 binnen alle specialismen toe (zie Figuur 5). De gemiddelde wachttijden en de toename daarvan tussen peildata 11-1-2022 en 24-12-2024 waren het grootste voor diagnostiek en zorg binnen de zorg voor maag-, darm- en leverziekten (van gemiddeld 82, naar 128 dagen), oogheelkunde (van gemiddeld 45, naar 87 dagen) en neurologie (van gemiddeld 39, naar 67 dagen).

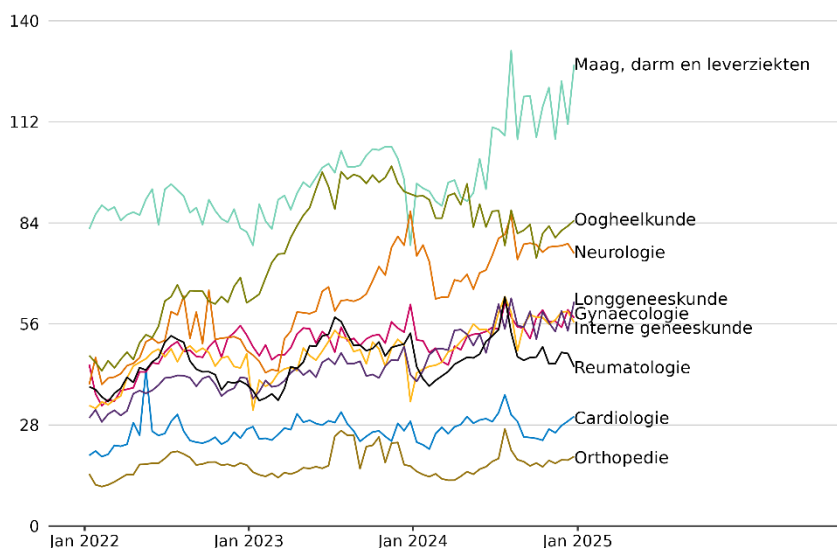
Figuur 4 Totaal aantal wachtenden op geestelijke gezondheidszorg binnen de zorgverzekeringswet en op langdurige zorg naar peildatum



Bron: Regiobeeld.nl (ggz) [12] & zorgcijfersdatabank.nl (Wlz) [13]

Figuur 5 Gemiddelde wachttijd op diagnostiek of zorg naar peildatum voor verschillende medisch specialismen.

Gemiddelde wachttijd in kalenderdagen



Bron: NZa [14]

Publicaties van ZiNL (Wlz, zorgcijfersdatabank.nl) [13], NZa (dataset wachttijden medisch-specialistische zorg) [14] en RIVM (ggz, regiobeeld.nl) [12] bieden meer gedetailleerde informatie over wachttijden in relatie tot wat volgens de beroepsgroep aanvaardbaar wordt geacht (de 'treeknorm'). Binnen de medisch specialistische zorg is dit vier weken voor diagnostiek en zeven weken voor behandeling. Zoals vooraf is aangegeven, is het zeer de vraag of en in hoeverre de wachtlijst- en wachttijdenontwikkelingen toegeschreven kunnen worden aan regionale samenwerking, naast factoren zoals de zorgvraag en demografische ontwikkelingen. Informatie over wachttijden binnen het sociale domein zijn niet beschikbaar.

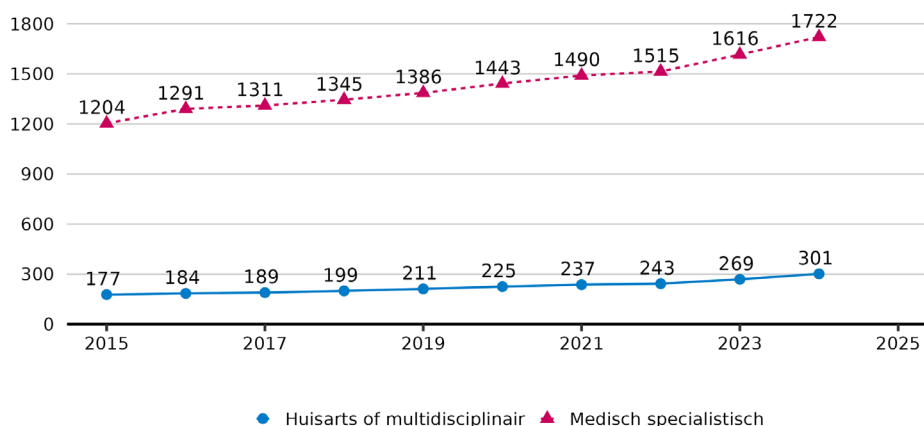
5.2.2 *Verhoudingen zorgkosten eerste- en tweedelijns behandelingen*

Een ander relevant aspect van JZOJP is de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De veronderstelling daarbij is dat het leveren van eerstelijnszorg waarmee bepaalde vormen van tweedelijnszorg niet meer nodig zijn, ook een kostenbesparing oplevert. Om die reden presenteren we hier de hoeveelheid (kosten voor) eerstelijnszorg in verhouding tot de (kosten voor) medisch specialistische zorg. De zorgkosten per verzekerde binnen de huisartsenzorg, of zorg waarbij de huisarts samenwerkt met andere zorgverleners (eerste lijn), waren 269 euro in 2023 en 301 euro in 2024. Dit waren respectievelijk 17 procent en 18 procent van de kosten voor behandeling per verzekerde in de medisch specialistische zorg (tweede lijn) met 1.616 euro in 2023 en 1.722 euro in 2024. Zowel in de huisartsenzorg als de medisch specialistische zorg was de zorgkostentoename per inwoner sterker na 2022 dan ervoor. De jaarlijkse groeipercentages (in kosten per capita) waren in beide sectoren (jaarlijks 10-12% in de huisartsenzorg en 7% in de MSZ) veel hoger dan de in het IZA afgesproken (totale)

uitgavengroei (jaarlijks 2%-2.4% in de huisartsenzorg en 0.8%-1% binnen de MSZ).

Figuur 6 De zorgkosten per verzekerde voor eerstelijnszorg en medisch specialistische zorg.

Zorgkosten per verzekerde (euro)



Bron: zorgcijfersdatabank.nl (Zvw) [15].

Het is onzeker of en in hoeverre meer regionale samenwerking, naast andere factoren, op deze kostenontwikkelingen van invloed is geweest. Ook zijn paramedische zorg en GGZ niet volledig meegenomen in deze indicator. In elk geval zien we niet het beeld van een relatief hoge kostengroei per verzekerde voor eerstelijnszorg ten opzichte van tweedelijnszorg, dat indicatief kan zijn van door samenwerking gerealiseerde verplaatsing.

5.2.3

Uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon

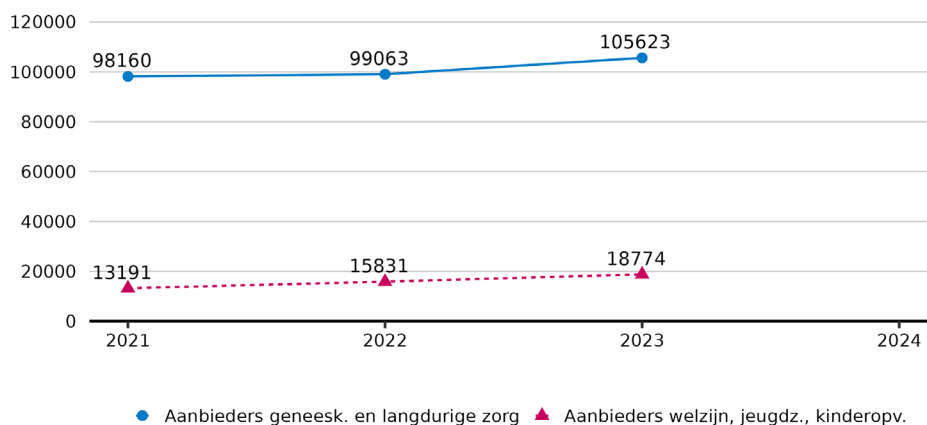
Naar zorg- en welzijnsuitgaven kijken we vanuit de gedachte dat samenwerking bijdraagt aan een 'bewegingen naar de voorkant', oftewel: ziekte en duurdere en meer specialistische vormen van zorg voorkomen door meer, of in plaats daarvan, passende – door gemeenten gefinancierde – vormen van zorg of ondersteuning aan te bieden.

Naar schatting werd in 2023 gemiddeld 1.050 euro per inwoner uitgegeven aan zorg en ondersteuning binnen het sociale domein, oftewel: alle uitgaven voor gezondheids- en welzijnszorg aan aanbieders van kinderopvang, jeugdzorg, maatschappelijke opvang en sociaal werk. De totale uitgaven per inwoner binnen het zorgdomein was in datzelfde jaar (2023) 5.908 euro (Figuur 7). Dit omvat alle uitgaven aan: 1) aanbieders van medische, paramedische en preventieve) zorg; zorgonderzoek en ondersteunende diensten; en: 2) aanbieders van langdurige zorg: behandeling, verpleging, verzorging, begeleiding en opvang voor patiënten die langdurig afhankelijk zijn van die zorgdiensten, zoals diensten van verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorginstellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Alle gepresenteerde uitgaven zijn op basis van actuele, niet voor inflatie gecorrigeerde, prijzen.

De verhouding tussen uitgaven in het sociaal domein in verhouding tot het zorgdomein was hiermee in 2023, naar schatting, 1:5,6. In 2022 was deze verhouding 1:6,3. In lijn met de beoogde beweging naar de voorkant, stegen de uitgaven per inwoner in 2023 ten opzichte van 2022 meer binnen het sociale domein (17,4%) dan binnen het zorgdomein (5,6%). Deze groeipercentages liggen echter in het algemeen hoger dan de door het CPB – onder andere op basis van demografische, prijs- en technologische ontwikkelingen - geraamde (nominale) groeipercentages van uitgaven aan de Wlz, Zvw, Wmo en Jw (3,8% tot 5,1%) [16]. Wederom is het relevant deze gegevens te volgen, maar kunnen ontwikkelingen niet een op een aan een beweging naar meer regionale samenwerking worden toegeschreven.

Figuur 7 Uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon.

Uitgaven (miljoen euro)



Bron: CBS [17]

6 Beschouwing

Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) heeft tot doel de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden. Daarvoor is met het IZA ingezet op passende zorg. Dit houdt in dat partijen uit zorg, ondersteuning en welzijn samen toewerken naar passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid in plaats van op ziekte. Regionale samenwerking kan hieraan een bijdrage leveren [1]. In deze 1-meting van de IZA-deelmonitor 'Regionale samenwerking' in 2025 is de ontwikkeling van meer regionale samenwerking in kaart gebracht ten opzichte van de 0-meting in 2024 [4]. Dit is gedaan met behulp van verschillende bestaande gegevensverzamelingen. Ten eerste worden er resultaten uit lopende vragenlijstonderzoeken gebruikt onder vertegenwoordigers van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden [7], gemeenten en (regio)vertegenwoordigers namens zorgverzekeraars [10]. Daarnaast zijn bestaande data hergebruikt voor indicatoren over Juiste zorg op de Juiste Plek [8].

6.1 Belangrijkste bevindingen en reflectie

Uit deze 1-meting blijkt dat een overgrote meerderheid van de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) die aan het vragenlijstonderzoek deelnamen en vaak al voor het IZA bestonden – een rol spelen bij de uitvoering van IZA-regioplannen. Uit de GALA-monitor blijkt ook dat het GALA een impuls heeft gegeven aan domeinoverstijgend samenwerken. Het heeft de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar minder vrijblijvend gemaakt en het werken aan gezondheid meer urgent en vanzelfsprekend [10].

Meer aandacht voor vormgeving van regionale samenwerking, veranderingen randvoorwaarden blijven beperkt

Dieper inzoomend op ontwikkelingen in de inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden, waaronder IZA-regio's, zijn weinig veranderingen te zien in 2024 ten opzichte van 2023. De doelen, doelgroepen en samenstellingen van DSV's bleven grotendeels hetzelfde. Als we kijken naar de IZA-regio's, dan zien we dat er verschillende organisaties betrokken zijn in de stuurgroep. Zo zijn huisartsen, GGZ, langdurige zorg en gemeenten in alle deelnemende IZA-regio's bestuurlijk betrokken. Opvallend is dat veel domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden met meer deelnemende organisaties vaak een aparte organisatie hebben die het netwerk aanstuurt. Dit kan voor meer efficiëntie zorgen [9]. Belangrijke andere randvoorwaarden als het betrekken van doelgroepen en structurele financiering zijn echter beperkt aanwezig. Zo zijn in bekostiging en financiering geen duidelijke veranderingen te zien. Ook is er een significante daling zichtbaar in de bestuurlijke betrokkenheid van inwoners in de samenwerkingsverbanden.

Verder zijn, op basis van ervaringen van programmamanagers, met name strategische of beleidsmatige veranderingen te zien bij netwerkpartners van de DSV's. Minder vaak hebben deze (nog)

betrekking op structurele veranderingen in organisaties, zoals de samenstelling van besturen of de personeelsbezetting. Ook de voormeting van de GALA-monitor in 2024 liet zien dat, hoewel het aantal gemeenten dat met ketenaanpakken is gestart sinds 2022 versnelde, er nog maar weinig gemeenten aangaven dat er al voldoende aanbod van de ketenaanpakken gerealiseerd was voor de doelgroepen.

Deze bevindingen laten zien dat de beweging naar meer regionale samenwerking momenteel met name gericht is op de vormgeving van de samenwerking, maar dat de inrichting van randvoorwaarden zoals inwonerparticipatie en passende financiering en bekostiging weinig ontwikkeling laat zien, of zelfs een daling laat zien. Ook zijn er nog weinig veranderingen merkbaar in het structureel of routinematig gebruiken en het verlenen van beter gecoördineerde of geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Eerdere rapportages over de ontwikkeling van regionale domeinoverstijgende samenwerking laten ook dergelijke bevindingen zien. Er wordt in deze eerdere onderzoeken door deelnemende organisaties uit de DSV's aanbevolen de zoektocht naar passende randvoorwaarden, waaronder passende vormen van financiering en bekostiging en ook het op een juiste manier betrekken van inwoners, in samenhang met lokale, regionale en landelijke partijen verder vorm te geven [18].

Nog te vroeg om betere uitkomsten op populatieniveau te verwachten
 Inzet op regionale samenwerking in het kader van IZA wordt beschouwd als een onderdeel van een grotere transformatieopgave van de zorg [1]. Een transformatie is een langdurig en cyclisch proces, gericht op fundamentele verandering [19]. Dit vraagt van organisaties en individuen om op nieuwe manieren (samen) te werken, vanuit een gezamenlijke opgave en oude gewoonten los te laten en gezamenlijke randvoorwaarden te creëren [20-22]. Idealiter leidt meer regionale samenwerking op termijn ook tot betere uitkomsten op populatieniveau, zoals minder (stijging van) wachttijden en minder of andere verhoudingen tussen verschillende soorten zorg- en ondersteuningsuitgaven. Dergelijke gewenste – en vaak ook in het IZA afgesproken – afbuigingen, zijn niet redelijkerwijs al te verwachten als transformaties van het zorg- en ondersteuningsaanbod nog niet op grote schaal van de grond komen.

Het is onzeker hoe uitkomsten voor (lokale en) regionale populaties in de toekomst zullen veranderen en in hoeverre verandering - op termijn - deels aan meer regionale samenwerking toegeschreven kunnen worden. Domeinoverstijgende regionale samenwerkingsverbanden hebben immers nog zelden vergevorderde ontwikkelstadia bereikt [22]. Bovendien zijn ontwikkelingen op het gebied van data en methoden nodig om samenwerkingseffecten van andere demografische, technologische en beleidsfactoren te kunnen onderscheiden.

Tegelijkertijd is een voortdurende kritische analyse op de toegevoegde waarde van samenwerkingsactiviteiten van groot belang. Ambities en doelen van de regio op het gebied van gezondheid en waarom daaraan regionaal wordt samengewerkt moeten helder zijn, zodat samenwerking

een middel is en geen doel op zich wordt [23]. Binnen IZA hebben regio's een gezamenlijk regiobeeld en regioplan gemaakt met hierin de belangrijkste opgaven voor de regio geformuleerd. Continue ontwikkeling en reflectie op basis van deze plannen is van groot belang [24]. Vanwege de verschillen in de doelen en omstandigheden van regionale samenwerking is het belangrijk om met oog voor specifieke regionale contexten, te blijven kijken naar hoe en waarom samenwerking bijdraagt aan verbetering in relevante uitkomsten.

6.2 Reflectie op de gebruikte bronnen

Aan de hand van drie perspectieven met bijbehorende indicatoren wordt in deze 1-meting de beweging naar meer regionale samenwerking in beeld gebracht. Deze indicatoren zijn in samenwerking met de IZA-thematafel vastgesteld. Dit is belangrijk om ook de relevantie voor praktijk en beleid van deze IZA-monitor te waarborgen.

Op dit moment is er echter geen eenduidig beeld over het monitoren van regionale samenwerking. Tot op heden ontbrak, ook in de wetenschappelijke literatuur, een geschikt instrumentarium voor onderzoek naar effectiviteit van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in de zorg [Peeters, 2025]. Bovendien beperkten studies zich nog tot bestuderen van enkele netwerken. In deze monitor maken we daarom gebruik van twee recentelijk opgezette landelijke onderzoeken, die vanuit verschillende perspectieven kijken naar regionale domeinoverstijgende samenwerking. Hierbij maakt de DSV-inventarisatie gebruik van een steekproef van zoveel mogelijk domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden als geheel. Hoeveel Nederlandse DSV's er in totaal bestaan, is onbekend. Daarom is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de representativiteit van de deelnemende DSV's.

De GALA-monitor maakt gebruik van rapportage door vertegenwoordigers van alle gemeenten en regiovertegenwoordigers namens de preferente zorgverzekeraars over gemaakte GALA-afspraken. Beide onderzoeken zijn recentelijk opgezet, waardoor de mogelijkheid om trends te kunnen duiden of te vergelijken met de periode voor IZA (nog) beperkt of afwezig is. Uit de GALA-monitor waren alleen nog gegevens uit de voormeting in 2024 beschikbaar. Hierdoor was het niet mogelijk om trends te signaleren. Dit kan wel in de 2-meting van de IZA-deelmonitor 'Regionale samenwerking' die in 2026 verschijnt.

In deze 1-meting ontbreken nog de inzichten vanuit het PHM-perspectief. Voor het PHM-perspectief hebben we via de Lerende Evaluatie Regionale Samenwerking in samenwerking met het LUMC dit jaar een dataverzameling opgestart. Het aantal reacties was echter nog beperkt en op basis van de daarbij gemaakte opmerkingen blijkt dat het instrument, wat idealiter wordt gebruikt in gesprek met alle netwerkpartners in een samenwerkingsverband, aanpassingen behoeft voor metingen van een grotere en diverse groep van samenwerkingsverbanden, waarbij veelal enkel de programma manager gevraagd wordt. Doordat het PHM-perspectief ontbreekt, komen niet alle

perspectieven terug in deze 1-meting voor een beeld over de beweging naar meer regionale samenwerking.

Voor het JZOJP-perspectief zijn bestaande registratiegegevens gebruikt. Kanttekening bij beschikbare indicatoren voor JZOJP is dat deze meestal beperkt zijn tot het zorgdomein en het daarmee niet mogelijk is om over domeinen heen te kijken. Bovendien voldoen beschikbare indicatoren niet aan alle methodologische vereisten voor een gedegen beeld van wat het samen en regionaal organiseren van JZOJP oplevert [8].

6.3 Conclusies en aanbevelingen

Concluderend blijkt uit deze 1-meting dat er in de regio's gewerkt wordt aan regionale domeinoverstijgende samenwerking. Op basis van de huidige data blijkt momenteel met name een focus te liggen op de vormgeving, c.q. inrichting van deze samenwerkingsverbanden. Ontwikkelingen op andere randvoorwaarden voor het samenwerken aan de transformatie van zorg, zoals passende financiering en bekostiging en het bestuurlijk betrekken van inwoners blijven nog achter. Met het oog op een langdurige transformatieopgave van de zorg hebben regionale domeinoverstijgende samenwerkingen tijd en ondersteuning nodig om deze randvoorwaarden en processen in te richten. Dit geldt zeker voor de recent gevormde IZA-regio's met een brede variatie aan organisaties vanuit verschillende domeinen. Het is belangrijk om regio's tijd te geven om de samenwerking op te bouwen, vertrouwen te creëren en te werken aan de gezamenlijk gestelde doelen in de regio. Ook is voor het ontwikkelen van de passende randvoorwaarden een gezamenlijk leerproces nodig van samenwerkingsverbanden en landelijke partijen.

6.4 Vervolg 2-meting in 2026

Transformatie van Zorg en ondersteuning via domeinoverstijgende samenwerking kost tijd. Het is daarom belangrijk om de beweging naar meer regionale samenwerking langer vanuit verschillende perspectieven te blijven monitoren. In 2026 zal een vervolg op deze monitor worden gepubliceerd in de vorm van een 2-meting. Op basis van de huidige 1-meting zijn per perspectief een de volgende acties te formuleren:

- DSV-perspectief: in de 2-meting de ontwikkeling van DSV's verder over de tijd volgen. Begin 2026 worden DSV's weer bevraagd. Bij een voldoende grote respons onder alle DSV's is er de mogelijkheid om de bevindingen onder te verdelen in subgroepen (bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden die gericht zijn op een specifiek doel of (sub)populatie en grootte van DSV). Dit wordt besproken bij de IZA-thematafel meer regionale samenwerking.
- GALA-perspectief: in de 2-meting inzicht geven in de ontwikkeling van de preventie-infrastructuur en vorderingen van de implementatie van de ketenaanpakken over tijd. Daarnaast is het mogelijk om met verdiepende analyses indicaties te vinden van samenwerkingspatronen die de implementatie beïnvloeden, zoals de mate waarin buurgemeenten elkaars voorbeeld volgen, groepen gemeenten die in regioverband implementatiestappen zetten, maar ook geografische (bijvoorbeeld mate van stedelijkheid of gemeentegrootte) en demografische invloeden

(bijvoorbeeld leeftijdsopbouw binnen gemeenten) die hier doorheen kunnen lopen.

- JZOJP-perspectief: in afstemming met de thematafel meer regionale samenwerking inzicht blijven geven in de JZOJP-indicatoren. Daarnaast is het van belang in gesprek te blijven met verschillende bronhouders om zicht te houden op eventuele mogelijkheden tot meer gegevens over ontwikkelingen in het sociaal domein.
- PHM-perspectief: in samenwerking met LUMC wordt besproken of en in welke vorm of wijze de maturity-index wordt doorontwikkeld en opnieuw in afstemming met de DSV-vragenlijst wordt uitgezet.

Dankbetuiging

Wij bedanken de leden van de Thematafel Regionale Samenwerking voor het delen van hun inzichten en feedback op de indicatoren. Ook bedanken wij de bronhouders voor het delen van de gegevens.

Wij danken onze collega's van het Nivel, de NZa en het Zorginstituut Nederland voor het meedenken in het proces en specifiek het Zorginstituut voor het kritisch tegenlezen. Tot slot danken wij onze RIVM-collega's die de wetenschappelijke toets hebben uitgevoerd.

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg', Rijksoverheid: Den Haag, 2022, beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
2. Programmteam IZA, Mid-term review IZA: 'Samen werken aan zorg en welzijn', juni 2024, beschikbaar via: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-initiatieven/mid-term-review-iza/>
3. Zorginstituut Nederland, Monitor: Passende Zorg als norm – 0-meting, 2024, beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/05/14/monitor-passende-zorg-als-norm>
4. RIVM, IZA-deelmonitor 'Naar meer regionale samenwerking' – Nulmeting, 2024, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/publicaties/iza-deelmonitor-naar-meer-regionale-samenwerking-nulmeting>
5. RIVM, IZA-deelmonitor 'Naar meer hybride zorg' – Nulmeting, 2024, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/publicaties/iza-deelmonitor-naar-meer-hybride-zorg-nulmeting>
6. Nivel, De beweging naar een sterkere eerste lijn: nulmeting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord, 2024, beschikbaar via: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-beweging-naar-een-sterkere-eerste-lijn-nulmeting-ten-behoeve-van-de-monitoring-van>
7. RIVM, Vormgeving en inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden voor de transformatie van zorg naar gezondheid, Tussenrapportage Lerende evaluatie Regionale Samenwerking, 2025.
8. RIVM, Indicatoren om de verandering naar de Juiste Zorg Op de Juiste Plek te volgen: een Delphi-studie, 2023, beschikbaar via <https://www.rivm.nl/publicaties/indicatoren-om-verandering-naar-juiste-zorg-op-juiste-plek-te-volgen-delphi-studie>
9. K.G. Provan and P. Kenis, Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness, J. Public Adm. Res. Theory, vol. 18, no. 2, pp. 229–252, 2008.
10. RIVM, Rapportage GALA-monitor 2024. Eerste stand van zaken, 2024, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/publicaties/rapportage-gala-monitor-2024-eerste-stand-van-zaken>
11. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, GALA - Gezond en Actief Leven Akkoord, Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zeten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis, 2023, beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>

12. Regiobeeld, Monitor doelgroepen IZA, Mensen met psychische problematiek, geraadpleegd op 7 mei 2025, beschikbaar via: https://www.regiobeeld.nl/regiobeelden-IZA/mensen-met-psychische-problematiek?regioIndeling=ZK&ggz_wachtenden_Opties=Totaal®io=ZK11&opties_ggz_iza_sub=ggz+totaal&voorkomen_psych_opties=leeftijd&voorkomen_psych_geslacht_opties=totaal&onverv_zorg_opties=leeftijd®io_filteropties=ZK11&instroom_uitsplitsing_filter=aanmeldwachtijd&psych_uitsplitsing_Opties=totaal#wacht_ggz
13. Zorgcijfersdatabank, Wachtlijsten Wlz landelijk niveau, geraadpleegd op 7 mei 2025, beschikbaar via: <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/toelichting/wachtlijstinformatie/wachtlijsten-landelijk-niveau>
14. Nederlandse Zorgautoriteit, Dataset Wachttijden medisch-specialistische zorg, 2021, beschikbaar via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_651798_22/1/
15. Zorgcijfersdatabank, Zorgkosten per verzekerde binnen de Zvw, geraadpleegd op 7 mei 2025, beschikbaar via: <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/>
16. CBP, Middellangetermijnverkenning 2022-2025, 2019, beschikbaar via: [Middellangetermijnverkenning 2022-2025 \(november 2019\)](#)
17. CBS, Uitgaven gezondheids- en welzijnszorg; kerncijfers, 2024, beschikbaar via: [Uitgaven gezondheids- en welzijnszorg; kerncijfers | CBS](#)
18. RIVM, Eindrapportage van de Lerende evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek, 2024, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/publicaties/eindrapportage-van-lerende-evaluatie-juiste-zorg-op-juiste-plek>
19. F.W. Geels and J. Schot, Typology of sociotechnical transition pathways, Res. Policy, vol. 36, no. 3, pp. 399–417, 2007.
20. A. Best, T. Greenhalgh, S. Lewis, J.E. Saul, S. Carroll, and J. Bitz, Large-system transformation in health care: a realist review, Milbank Q., vol. 90, no. 3, pp. 421–456, 2012.
21. B. Steenkamer, H. Drewes, K. Putters, H. van Oers, and C. Baan, Reorganizing and integrating public health, health care, social care and wider public services: a theory-based framework for collaborative adaptive health networks to achieve the triple aim, J. Health Serv. Res. Policy, vol. 25, no. 3, pp. 187–201, 2020.
22. N.J.E. van Vooren, The process of cross-sector collaboration for the health of local and regional populations: What works, why and in which context?, Tilburg Univ., 2024, beschikbaar via: <https://www.tilburguniversity.edu/research/publications/the-process-of-cross-sector-collaboration>
23. R.E.J. Peeters. All that glitters isn't gold: Examining how and why organizations collaborate to address wicked problems in healthcare, Maastricht Univ., 2025, doi: <https://doi.org/10.26481/dis.20250125rp>
24. Nederlandse Zorgautoriteit, Van Regiobeelden naar doelgerichte regioplannen. Reflecties en aandachtspunten, 2023, beschikbaar via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_748690_22/1/

Bijlage 1 Indicatorenlijst per perspectief

Perspectief	Indicator	Bron	0-meting	1-meting
DSV-perspectief	Vormgeving			
	Percentage DSV's waarvan bepaalde organisatiesoorten deelnemer zijn.	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Percentage grote DSV's (acht of minder of meer dan acht deelnemende organisaties) zonder gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing.	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Percentage DSV's waarin partijen bekostigingsafspraken maakten ter ondersteuning van het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-doelen door de betreffende partijen.	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Percentage DSV's waarin minstens twee betalers van zorg of ondersteuning (gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor) betrokken zijn en binnen de wettelijke kaders onderlinge afspraken hebben gemaakt over het gezamenlijk financieren van domeinoverstijgende DSV-activiteiten.	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Percentage DSV's waarin doelgroepen(vertegenwoordigers) betrokken zijn d.m.v. co-creatie van activiteiten of bestuurlijke medezeggenschap.	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Ontwikkeling samenwerkingsproces in DSV's			
	Percentage DSV's waarvan de netwerkmanager het consistent eens of zeer eens is met drie stellingen over vertrouwen in de partners binnen het samenwerkingsverband.	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Gemiddelde score (1-5) op een gevalideerde schaal over de mate waarin deelnemende organisaties binnen DSV's benodigde samenwerkingscompetenties hebben (ontwikkeld).	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Gemiddelde score op een gevalideerde schaal over de effectiviteit van het leiderschap.	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Ontwikkeling ervaren effectiviteit van DSV's			
	Percentage DSV's dat ervaart dat de deelnemende organisaties (zeer) veel veranderen in overeenstemming met de gezamenlijk ambities.	DSV vragenlijst	Ja	Ja
	Percentage DSV's dat zichzelf beoordeelt als (zeer) effectief in het bereiken van gezamenlijke gestelde doelen binnen één of meerdere categorieën van uitkomsten (Quintuple Aim).	DSV vragenlijst	Ja	Ja

Perspectief	Indicator	Bron	0-meting	1-meting
GALA-perspectief	De mate van aanwezigheid - volgens (gemandateerde) gemeenten en preferente zorgverzekeraars - van: - Regionale afspraken (onderling, met de GGD en met aanbieders) over preventie en gezondheidsbevordering (volgens het regioplan). En van: - Een overkoepelende ketenregisseur of ketenmanager. - Regionale samenwerking per ketenaanpak.	GALA monitor	Nee	Ja
	Aantal gemeenten dat is gestart met de implementatie/inbedding van de vijf ketenaanpakken over de jaren heen.	GALA monitor	Nee	Ja
	Percentage gemeenten in de regio dat een lokale coalitie heeft gevormd of aangesloten is bij een regionale coalitie Kansrijke Start.	GALA monitor	Nee	Ja
	Percentage gemeenten in de regio dat gestart is met de implementatie van de ketenaanpak KNGG.	GALA monitor	Nee	Ja
	Percentage gemeenten in de regio dat gestart is met de implementatie van de ketenaanpak sociaal voorschrijven.	GALA monitor	Nee	Ja
	Percentage gemeenten in de regio dat gestart is met de implementatie van de ketenaanpak Valpreventie.	GALA monitor	Nee	Ja
	Percentage gemeenten in de regio dat gestart is met de implementatie van de ketenaanpak GLI.	GALA monitor	Nee	Ja
JZOJP-perspectief	Totaal aantallen wachtenden binnen de langdurige en geestelijke gezondheidszorg en de gemiddelde wachttijden voor diagnostiek of behandeling binnen de medisch specialistische zorg voor negen relevante specialismen'.	ZiNL, regiobeeld .nl en NZa	Nee	Ja
	Verhouding tussen het aantal declaraties per verzekerde binnen de huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg in vergelijking met de medisch specialistische zorg.	ZiNL	Ja	Ja
	Gemiddelde uitgaven (euro's) aan zorg en ondersteuning per persoon naar domein (sociaal domein versus geneeskundige en langdurige zorg).	CBS	Ja	Ja

N.J.E. van Vooren | Z.T.M. Scheefhals | M.A.P. Vugts |
P.S.V. Reckman | K.E.F. Leenaars

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juni 2025

De zorg voor morgen
begint vandaag