

2017

# Startnotitie spreiding en bereikbaarheid zorgvoorzieningen

Uitwerking resultaat 19  
Coalitieakkoord 2015-2019  
'Mei elkenien, foar elkenien'

## **Inhoud**

<b>Aanleiding</b>	<b>2</b>
Opdracht(en)	2
<b>Hoofdstuk 1 Analyse en context</b>	<b>3</b>
Maatschappelijke context	3
Definitie spreiding en bereikbaarheid zorgvoorzieningen	3
Relevante wet- en regelgeving	4
Provinciale bevoegdheden en middelen	5
Relatie met bestaande provinciaal beleid	6
Actorenanalyse	6
<b>Hoofdstuk 2 Varianten provinciale inzet</b>	<b>8</b>
Noodzaak van ingrijpen door Provincie	8
Kader zoekrichtingen inzet en rol Provincie	10
Varianten provinciale inzet en toelichting	10
Toelichting voorkeursvariant	12
<b>Bijlage 1 Inventarisatie spreiding en bereikbaarheid zorgvoorzieningen d.d. 11 april 2017</b>	

## **Aanleiding**

De zorgsector is enorm in beweging. Twee trends zijn hierin belangrijk: de demografische ontwikkeling en ingezet rijksbeleid met onder meer de decentralisaties in 2015. De toekomstige zorgvraag wordt complexer en vereist daardoor een andere zorgprofessional. Technologie kan hierin een ondersteunende rol spelen. Het zorglandschap verandert daarnaast doordat Rijksbeleid gericht is op het langer zelfstandig thuis blijven wonen (extramuralisering) met basiszorg dichtbij en hoogcomplexere zorg geconcentreerd. Dit betekent een taakverschuiving in de gezondheidszorg: ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg. Verder leidt Rijksbeleid tot de vraag naar voren wat mensen daadwerkelijk nodig hebben om (langer) zelfstandig thuis te kunnen (blijven) wonen.

In het Coalitieakkoord is in resultaat 19 het streven verwoord om vanuit de provincie hieraan een bijdrage te leveren: *'Zorgvoorzieningen worden als zeer belangrijk gezien voor de aantrekkelijkheid van een streek. Voor een goede spreiding van zorgvoorzieningen is een goede samenwerking en afstemming nodig tussen alle betrokken partijen. De verantwoordelijkheid voor de spreiding van zorgvoorzieningen ligt nu bij het Rijk. Wij dringen er als provincie op aan meer te zeggen te krijgen over de spreiding van zorgvoorzieningen voor onze inwoners en we streven naar een spreidingsplan voor zorgvoorzieningen in Fryslân. Dit willen we opstellen samen met zorgverzekeraars en Rijk.'*

## **Opdracht(en)**

### I. Inventarisatie

In de Uitvoeringsagenda van het Coalitieakkoord is bovengenoemd streven als volgt vertaald: *De provincie heeft geen wettelijke zeggenschap over de spreiding van zorgvoorzieningen. Er is wel behoefte aan voldoende spreiding van zorg zodat inwoners eenvoudige basiszorg dichtbij kunnen krijgen en complexer zorg meer geconcentreerd. Dit is conform rijksbeleid.*

*Samen met partners in het zorgdomein (gemeenten, instellingen en maatschappelijke organisaties) gaan we inventariseren welke acties al zijn ingezet voor een goede spreiding en hiermee bereikbaarheid van de zorg. Op basis daarvan gaan we kijken waar eventueel nog aanvullend actie op kan worden ondernomen en welk instrument hiervoor het meest geschikt is. In dit proces speelt Zorgbelang een rol. We investeren € 1 miljoen in zeggenschap en spreiding van zorgvoorzieningen.'*

Deze opdracht is voldaan: de inventarisatie is op 11 april 2017 door GS vastgesteld en aan uw Staten gestuurd. In de inventarisatie zijn de wenselijke aanvullende acties en instrumenten van de provincie benoemd (zie hoofdstuk 5, pagina 51-52).

### II. Startnotitie

In deze startnotitie leggen we u mogelijkheden voor de provinciale inzet voor. Er wordt gekeken naar hoe de provincie zich verhoudt tot andere partijen, welke rol we hebben en op welke manier we een bijdrage kunnen leveren aan de spreiding en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen. De inventarisatie van 11 april j.l. geeft wezenlijke basisinformatie voor deze startnotitie en daarom wordt er op diverse plaatsen in deze notitie ook naar de inventarisatie verwezen.

Spreiding en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen gaat om instituties (zoals huisartsen, ziekenhuizen en intramurale zorg) én om het organiseren van de zorg waardoor mensen ( langer) zelfstandig thuis kunnen blijven wonen via onder meer levensloopbestendige woningen, organiseren van zorg en innovatie in de technologie (domotica, e-health, sensoren etc). Het laatste gaat dan meer over bereikbare zorg. Daarom kijken we in deze startnotitie breder dan alleen zorgvoorzieningen.

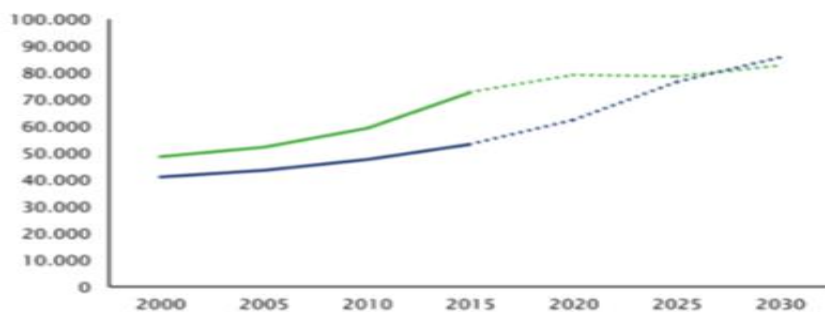
In hoofdstuk 1 wordt een korte samenvatting gegeven van de maatschappelijke, wettelijke en bestuurlijke kaders, alsook de relatie met provinciaal beleid en een actorenanalyse op basis van de opgestelde inventarisatie. Dit leidt tot hoofdstuk 2 met daarin de varianten, met een extra toelichting op de voorkeursvariant.

## Hoofdstuk 1 Analyse en context

In dit hoofdstuk vatten we kort de maatschappelijke context, de relevante wet- en regelgeving en de provinciale bevoegdheden samen. We leggen een relatie met huidig provinciaal beleid en geven een ingekort overzicht van acties die al door de primair verantwoordelijke partijen worden uitgevoerd. Voor een uitgebreid overzicht van bovengenoemde punten verwijzen we naar de bijgevoegde inventarisatie: respectievelijk hoofdstukken 1, 2, 3 en 4.

### Maatschappelijke context

De zorgsector is enorm in beweging. Twee trends zijn hierin belangrijk: de demografische ontwikkeling en ingezet rijksbeleid met onder meer de decentralisaties in 2015. Wat betreft de eerste trend - de demografische ontwikkeling - is de prognose dat er tot 2030 veel meer 65-plussers en 75-plussers komen. Er wordt veelal gesproken van een dubbele vergrijzing: dit betekent meer oudere senioren (75+). Voor Fryslân wordt onderstaande prognose gegeven voor 65+ en 75+.<sup>1</sup> Deze vergrijzing betekent een complexere zorgvraag in de toekomst, heeft effect op de houdbaarheid van ons zorgstelsel en vereist andere vaardigheden en organisatie van de zorgprofessional.



Figuur: Groen is 65-74 jaar Blauw is 75+

De tweede trend – vastgesteld rijksbeleid – is ingezet met de decentralisaties vanaf 2015 met de nieuwe wetten Wmo, Wlz en Zvw. Achterliggend doel is het langer zelfstandig thuis blijven wonen met hulp van het eigen sociale netwerk. Dit wordt extramuralisering genoemd. Daarnaast wordt er vanuit het Rijk ingezet op de participatiesamenleving, waarbij er een grotere mate van zelfredzaamheid van burgers wordt verwacht.

### Definitie spreiding en bereikbaarheid zorgvoorzieningen

Spreiding en bereikbaarheid gaat om zorgvoorzieningen (instituten zoals huisartsen, ziekenhuizen en intramurale zorg) én om het organiseren van de zorg waardoor mensen ( langer) zelfstandig thuis kunnen blijven wonen via onder meer levensloopbestendige woningen, organiseren van zorg en innovatie in de technologie (domotica, e-health, sensoren etc). Het laatste gaat dan meer op bereikbare zorg.

Om het begrip zorgvoorzieningen behapbaar te houden, is er een keuze gemaakt op welk type zorgvoorzieningen de focus wordt gelegd:

- a. Onder basiszorgvoorzieningen binnen de cure sector (gericht op genezing) wordt verstaan: huisartsen, ambulancezorg en ziekenhuizen. Deze keuze is gemaakt, omdat de huisartsen poortwachters zijn tot de zorg en samen met de andere twee partijen gezien worden als de basis van de acute zorgketen.
- b. Wat betreft care (langdurige zorg) wordt in deze startnotitie specifiek gekeken naar zorgvoorzieningen op het terrein van ouderenzorg: de verpleging en verzorgingssector (VVT).

<sup>1</sup> Staat van Friese senioren, Fries sociaal planbureau (februari 2017), pagina 20.

## Relevante wet- en regelgeving

In diverse wetten zijn de kaders geschetst rondom verantwoordelijkheden en uitvoering van de zorg, zoals (veld)normen voor de vereiste spreiding en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen, cliëntondersteuning en (langer) zelfstandig thuis wonen. De primair verantwoordelijke partijen zijn het Rijk, de zorgverzekeraars, zorgpartijen en gemeenten.

### *Rijk*

De overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en schept vanuit die verantwoordelijkheid randvoorwaarden zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars als private partijen hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen.

De *Wlz* is een volksverzekering en richt zich op mensen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uren zorg nabij. Vaak zijn cliënten levenslang aangewezen op deze intensieve, langdurige zorg. Het betreft hier een recht op zorg. De toegang loopt via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het Zorgkantoor doet de inkoop. Vervoer naar behandeling en/of dagbesteding (mits geïndiceerd) is onderdeel van de *Wlz*.

Wat betreft de *Wmo* stelt de minister van VWS het macrobudget vast en de minister van Binnenlandse Zaken (BZK) verdeelt het budget over de gemeenten. De verantwoordelijkheid voor het beleid ligt bij gemeenten. De minister is de systeemverantwoordelijke. De gemeente regelt de toegang tot de zorg, de inkoop en toezicht. Het gaat hier om passende zorg, geen recht op zorg.

Binnen de *Zvw* geldt een zorgverzekeringsplicht. Dit dekt de medische noodzakelijke zorg gericht op genezing of behoud van lichamelijke- en of geestelijke functies. Het ministerie van VWS stelt de inhoud van het basispakket jaarlijks vast. Vanaf 2015 valt de wijkverpleging binnen de *Zvw*. De toegang tot de toewijsbare zorg binnen de *Zvw* loopt via de wijkverpleegkundige. Nieuw in de *Zvw* is het eerstelijnsverblijf.

Voor de ambulancezorg geldt als wettelijk kader de *Tijdelijke Wet ambulancezorg (Twaz)*. Deze wet is sinds 1 januari 2013 van kracht en is voor een periode van 5 jaar geldig. Voor de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg is het 'Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg' van de RIVM leidend.

De overheid ziet ook toe op de naleving van de spelregels die in wetten staan genoemd, onder meer via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit consument & Markt (ACM). De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) kijkt vanuit haar rol als toezichthouder op de kwaliteit van zorg.

Voor een uitgebreide omschrijving van de taken van bovenstaande organisaties wordt verwezen naar de inventarisatie, hoofdstuk 2.

### *Zorgverzekeraar/ Zorgkantoor*

De zorgverzekeraar/ het zorgkantoor koopt doelmatige, kwalitatief verantwoorde zorg in met een actieve regierol, respectievelijk voor de uitvoering van de Zorgverzekeringwet (*Zvw*) en de Wet langdurige zorg (*Wlz*). Het is de verantwoordelijkheid van de verzekeraars om voldoende zorg in te kopen voor de *Zvw* om voor hun verzekerden aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. Het zorgkantoor (*Wlz*) dient dit te realiseren voor de *Wlz*-zorg.

Via de zorginkoop wordt tegemoet gekomen aan de vraag van de klant en kunnen partijen gevraagd worden om te komen tot inhoudelijke afstemming. Als de zorgaanbieders niet tegemoet kunnen komen aan de vraag van de klant dan heeft de zorgverzekeraar/ zorgkantoor vanuit haar inkooprol de positie en de mogelijkheid om concentratie, spreiding, kwaliteit en bereikbaarheid in de regio te realiseren.

### *Gemeenten (Wmo, Woningwet, Wpg)*

Sinds 1 januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo en hiermee voor het ondersteunen van ouderen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Het gaat hierbij om niet-medische ondersteuning, bijvoorbeeld dagbesteding, huishoudelijke hulp, ondersteuning mantelzorger, woon- en vervoersvoorzieningen, woningaanpassingen en beschermd wonen.

Vervoersvoorzieningen zijn de meest verstrekte voorzieningen binnen de Wmo. Bij dit soort voorzieningen gaat het om bijvoorbeeld: een collectief systeem van aanvullend al dan niet openbaar vervoer (regio taxi), vergoeding van vervoer per eigen auto, vervoer per taxi of rolstoeltaxi etc. Binnen de Wmo is ook het recht van burgers op onafhankelijke cliëntondersteuning verankerd. Ook op het terrein van woningaanpassingen kan een beroep worden gedaan op de Wmo of Wlz, afhankelijk van de aard en zwaarte van de zorg die de cliënt nodig heeft.<sup>2</sup>

Door de Wmo (2015) hebben gemeenten een regierol gekregen voor wonen en zorg. Het wordt als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel gemeenten als zorgkantoren gezien om een goede samenhang te creëren tussen de Wlz en de Wmo.

Hier ligt een relatie met de Woningwet (1 juli 2015). De gemeenten hebben via de nieuwe Woningwet een stevigere rol in volkshuisvesting toebedeeld gekregen. Gemeenten, corporaties en huurdervertegenwoordigers zijn samen verantwoordelijk voor het maken van prestatieafspraken. Een gemeentelijke woonvisie legt hiervoor de basis.

Daarnaast zijn gemeenten ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). Deze wet richt zich op het bevorderen van gezondheid, specifiek ook voor de ouderenzorg. In 2016 is er weer een landelijk gezondheidsonderzoek van start gegaan. Inwoners van Nederland van 19 jaar en ouder kunnen een vragenlijst van de GGD ontvangen. Alle GGD-en voeren dit onderzoek uit in opdracht van de gemeenten.

### *Zorgorganisaties*

Zorginstellingen die zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg voor vergoeding in aanmerking komt, moeten aan bepaalde eisen voldoen. In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTzi) zijn deze eisen vastgelegd. De belangrijkste eisen gaan over de bereikbaarheid van acute zorg, de transparantie van bestuursstructuur en de bedrijfsvoering. Daarnaast moet de geleverde zorg voldoen aan diverse kwaliteitseisen. Deze staan in onder andere de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz) en in het inkoopdocument van het Zorgkantoor/ Zorgverzekeraar. Ook staan eisen in normen die verschillende zorgsectoren zelf opstellen (zogenaamde veldnormen). Dat doen de zorgpartijen in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en patiëntverenigingen.

### **Provinciale bevoegdheden en middelen**

De provincie heeft geen wettelijke verantwoordelijkheid op het terrein van spreiding en bereikbaarheid zorgvoorzieningen/ bereikbare zorg. Ons huidig provinciaal beleid is vormgegeven in het Coalitieakkoord 2015-2019. In resultaat 1 van het Coalitieakkoord staat benoemd om 'sociaal beleid en zorg in te vlechten in de kerntaken', wat wil zeggen dat zorg integraal meegenomen wordt binnen provinciale kerntaken zoals verkeer en vervoer, economie, krimp, wonen, cultuur, duurzame energie, omgevingsvisie etc. Dit sluit aan bij het ingezet beleid beschreven in het Plan van aanpak 'transitie sociaal beleid 2013-2016' (vastgesteld door PS op 23 januari 2013). Dit plan is gebaseerd op basis van landelijke bestuursafspraken tussen Rijk, gemeenten en provincies dat sociaal beleid en zorg de primaire verantwoordelijkheid zijn van Rijk en gemeenten. Daarom is destijds door PS besloten om geen apart sociaal- en zorgbeleid meer te voeren, maar te integreren binnen de provinciale kerntaken. Over de voortgang van de uitvoering van dit plan van aanpak bent u via diverse halfjaarrapportages geïnformeerd. Op dit moment wordt een evaluatie opgesteld over de uitvoering van het Plan van aanpak.

---

<sup>2</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/vergoeding-voor-woningaanpassing>

### *Financiële middelen*

Voor de uitvoering van resultaat 19 is een bedrag van € 1 miljoen gereserveerd. Daarnaast zijn er reguliere middelen beschikbaar vanuit de kerntaken.

### **Relatie met bestaand provinciaal beleid**

Er ligt een stevige relatie met de provinciale kerntaken. In diverse provinciale beleidsnota's en brieven is zorg integraal meegenomen, bijvoorbeeld in de beleidsbrief krimp, Wurkje mei Fryslân, Uitvoeringsprogramma Zorgeconomie, breedband, beleidsnota 'cultuur, taal, onderwijs en sport'. Dit heeft geleid tot diverse integrale projecten/ acties bijvoorbeeld Blij(f) wonen, Mijn eigen stekkie, beeldschermsturing (Fryslân Fernijt IV), CIV Healthy Ageing, Seker en Sûn, inzet kwartiermaker zorgconomie, voorzieningen- en spreidingsplannen, aanleg breedband etc. Daarnaast is de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen een aandachtspunt in de aanbesteding van de OV. En via complexe infra is een zeer concreet resultaat bereikt met bijvoorbeeld de Haak om Leeuwarden en de Centrale As aan de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen. Voor een uitgebreid overzicht van provinciale acties zie hoofdstuk 3 van de toegevoegde inventarisatie.

Daarnaast liggen er relaties met de uitvoering van resultaat 18 (afstemming voorzieningen buurgemeenten), resultaat 21 (woningvoorraad passend bij demografische ontwikkeling), het nieuwe voorgestelde resultaat 41 bij de Kadernota 2018 (transitiefonds: relevante maatschappelijke partijen kunnen voeden over het vergroten van de fysieke leefbaarheid), de nog op te stellen woonvisie en startnotitie leefbaarheid.

### **Actorenanalyse**

#### Conclusies acties wettelijke verantwoordelijken (zie hoofdstuk 4 inventarisatie)

In hoofdstuk 4 van de inventarisatie is een omvangrijk overzicht gegeven van de inzet van de primaire actoren op het terrein van zorg. Vanwege leesbaarheid van de startnotitie wordt daarom verwezen naar de inventarisatie en hier de conclusies benoemd.

Uit dit overzicht blijkt dat de wettelijk verantwoordelijke partijen heel veel ondernemen rondom spreiding en bereikbaarheid zorgvoorzieningen/ bereikbare zorg. Er lopen hierop een grote verscheidenheid aan acties/ maatregelen die al afgerond zijn of nog in uitvoering zijn. Voor de spreiding en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen gelden wettelijke danwel veldnormen waar partijen aan gehouden worden.

De verantwoordelijk rondom (langer) zelfstandig wonen ligt bij de gemeenten. Van de gemeenten wordt als regisseur van Wmo en woningwet verwacht dat zij burgers ondersteunen (bijvoorbeeld voor woningaanpassingen) én afstemmen met het zorgkantoor voor de afstemming met de Wlz. Diverse partijen, zoals het Rijk, Zorgverzekeraars en gemeenten, ondernemen actie op het terrein van langer zelfstandig thuis wonen, bijvoorbeeld via innovatie in de technologie (domotica, ehealth, sensoren etc).

#### Twee voorbeelden rondom thema technologie binnen wonen & zorg

Eén voorbeeld is GEEF. In dit Friese samenwerkingsverband van zorgverzekeraar De Friesland, diverse Friese gemeenten en woningcorporaties wordt woonzorgtechnologie gestimuleerd om zo langer zelfstandig thuis blijven wonen te stimuleren. Dit doen ze via een bewustwordingscampagne (inclusief huistest), masterclasses scheiden wonen-zorg, de woonzorgatlas, de ehealth koffer en het Huis van het Heden (waarin woon- en zorgtechnologieën tastbaar en inzichtelijk worden gemaakt voor professionals en burgers).

Een tweede voorbeeld is de samenwerking van zorgverzekeraar de Friesland met Van Wijnen wonen wat heeft geleid tot 'het huis van de toekomst' in Gorredijk. Deze modelwoning is een proeftuin voor nieuwe woonzorgconcepten, die het mogelijk moeten maken om duurzaam, betaalbaar en verantwoord thuis te kunnen wonen met de zorg die nodig is.

Het thema wonen en zorg is belangrijk voor zowel de Friese gemeenten als de Friesland Zorgverzekeraar/ Zorgkantoor. Dit thema is dan ook een belangrijk speerpunt in 2017 in het programma sociaal medische lijn. Op dit moment werken beide partijen dit thema uit. De provincie is adviseur van dit programma.

### Perspectief burgers

#### *Fries sociaal planbureau(FSP)*

De provincie financiert het FSP. Het FSP heeft voor het onderzoeken van de beleving van de burger een burgerpanel ingesteld. Dit burgerpanel is diverse malen ondervraagd over voorzieningen. Het blijkt dat de panelleden de huisarts een belangrijke basisvoorziening vinden, net als het ziekenhuis. Het panel is het meest tevreden over de kwaliteit en bereikbaarheid van de huisarts en ziekenhuizen, als zorgvoorziening. Dit wordt nogmaals bevestigd in het burgerpanel van het FSP over zorg in veranderende omstandigheden (november 2015). Het panel is zeer tevreden over de toegankelijkheid van de huisarts of medisch specialist. Wat betreft wonen, blijkt uit het meest recente burgerpanel over oud worden in Fryslân (januari 2017), dat de meeste Friese ouderen een sterke voorkeur uiten voor een gemixte woonomgeving qua leeftijd als ze nog thuis wonen.

#### *Cliëntondersteuning*

De Wmo 2015 bepaalt dat gemeenten onafhankelijke cliëntondersteuning moeten bieden. Welke vorm dat precies krijgt, kan per gemeente verschillen. Wanneer het CIZ een positief indicatiebesluit neemt, valt de cliëntondersteuning voor deze cliënt onder de Wlz. Clientondersteuning in de Wlz is wettelijk geregeld (art 4.2.1) als onderdeel van de zorgplicht van het zorgkantoor. Als een cliënt behoefte heeft aan onafhankelijke cliëntondersteuning dient het zorgkantoor dus daarin te voorzien.<sup>3</sup>

In de Zvw en Wlz staat verder dat 'alle zorginstellingen zorg moeten leveren die voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen'. Bijvoorbeeld de medezeggenschap regelen en een klachtenregeling hebben. Deze eisen staan verwoord in de Wkkgz, de wet Big, de wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de Wtzi. In de Wet medezeggenschap is geregeld dat een cliënt of patiënt mee kan praten over het beleid van een instelling via de cliëntenraad. Zorginstellingen voor gezondheidszorg, maatschappelijke zorg of verslavingszorg moeten een cliëntenraad hebben. De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) is verantwoordelijk voor het bewaken van bevorderen van de veiligheid en kwaliteit van zorg.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Evaluatie hervorming langdurige zorg, 'Onafhankelijke cliëntondersteuning: een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners, Movisie en Vilans, november 2016.

<sup>4</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/kwaliteitseisen-zorginstellingen>



## **Hoofdstuk 2 Varianten provinciale inzet**

In dit hoofdstuk leggen we u mogelijkheden voor over de provinciale inzet. Voorafgaand geven we inzicht in de noodzaak voor ingrijpen en kaders voor zoekrichtingen.

### **Noodzaak van ingrijpen door provincie (zie hoofdstuk 2 inventarisatie)**

Eenzijds is er geen noodzaak tot ingrijpen (bijvoorbeeld via het opstellen van spreidingsplan) door de provincie omdat;

- Op basis van de cijfers van het RIVM blijkt dat de gestelde veldnormen dan wel wettelijke normen binnen de cure voor het overgrote deel worden behaald op het terrein van spreiding en bereikbaarheid van huisartsen, ambulance- en ziekenhuiszorg;
- Mochten er witte vlekken zijn in het acute zorgaanbod dan is het de wettelijke taak van de ROAZ (op basis van WTZi) dat zij het acute zorgaanbod in kaart brengen, inclusief witte vlekken en indien nodig het bedenken van oplossingen hiervoor;
- Het zorgkantoor heeft de positie en de mogelijkheid om via haar inkoopbeleid om concentratie, spreiding, kwaliteit en bereikbaarheid in de regio te realiseren wat betreft care (ouderenzorg).
- Door de Wmo (2015) hebben gemeenten een regierol gekregen voor wonen en zorg voor mensen die thuis wonen en zorg nodig hebben.
- De gemeenten en zorgkantoren hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om een goede samenhang te creëren tussen de Wlz en de Wmo.

Verder ondernemen de primair verantwoordelijke partijen (Rijk, zorgverzekeraar De Friesland/ Zorgkantoor Friesland, gemeenten, Friese huisartsen Vereniging (FHV), RAV Fryslân, Dokterswacht, ziekenhuizen en andere zorgpartijen) veelvuldige acties rondom spreiding en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen. Hier worden ze wettelijk ook op gevergd. (zie hoofdstuk 4 van de inventarisatie)

Ook blijkt dat de primair verantwoordelijke partijen (gemeenten, zorgverzekeraar en woningcorporaties) hun rol nemen bij het (langer) zelfstandig thuis blijven wonen. Een belangrijk onderdeel hierbij is de inzet van technologie zoals domotica, ehealth en serious games. In Fryslân wordt dit onder meer opgepakt door GEEF (Huis van heden), zorgorganisaties (bijvoorbeeld via zorg op afstand, beeldschermsturing, invoering ehealth), technologie toevoegen aan opleidingen en via het inkoopbeleid van zorgverzekeraar De Friesland en het stimuleren van technologie op basis van hun Innovatiefonds.

Wat betreft cliëntondersteuning is dit wettelijk geregeld voor de Wmo, Zvw en Wlz. De partijen pakken dit ook op. De Friese gemeenten hebben daarnaast in een reactie op het Rapport van de Noordelijke Rekenkamer 'Op eigen benen' uitdrukkelijk aangegeven dat ze geen rol van de provincie op dit terrein wensen. Tot slot blijkt uit de inventarisatie dat het zorgveld ook niet vraagt om een rol van de provincie op het terrein van cliëntondersteuning (zie hoofdstuk 5 inventarisatie).

Anderzijds levert de provincie op basis van haar kerntaken direct en indirect al inzet op de spreiding en bereikbaarheid zorgvoorzieningen/ bereikbare zorg. Dit gebeurt onder meer via OV, complexe infra, krimp, UP zorgeconomie, versnellingsagenda human capital, wonen, breedband, cultuur en sport. Bijvoorbeeld door :

- het in beeld krijgen van de spreiding van zorgvoorzieningen;
- het stimuleren van de aanleg van breedband;
- de aanleg van de Centrale as en de Haak om Leeuwarden;
- het ontwikkelen van de mobiliteitscentrale;
- het stimuleren van aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt (via UP zorgeconomie en versnellingsagenda human capital);
- het stimuleren van innovatie in de medische technologie, domotica, ehealth (via UP Zorgeconomie en SNN instrumenten);

- het ontwikkelen van het transitiefonds leefbare fysieke omgeving ect.

Zie voor een uitgebreid overzicht hoofdstuk 3 van de inventarisatie.

Vanuit de kerntaken zijn voor bovenstaande uitvoering de volgende middelen al ingezet (niet uitputtelijk):

- € 672.083,-- uit Fryslân Fernijt IV (2015);
- € 157.513 uit SNN middelen (MIT 2016);
- € 500.000,-- subsidie voor CIV HA (WFF);
- € 92.000,-- budgetsubsidie aan clusterorganisatie HANNN;
- Rond € 934.525,-- subsidie vanuit procesinnovatie in de zorg (UP Zorgeconomie);
- € 596.582,-- budgetsubsidie Sport Fryslân;
- € 30.000 expeditie MVO expeditie Duurzame Bedrijfsvoering en € 120.000,--processubsidie Sport Fryslân verduurzamen sportverenigingen;
- € 40 miljoen breedband (totaal);
- € 270.000 subsidie cultuur (Tijd voor Talent, muziek met dementie, regeling culturele activiteiten 2017-2018);
- Daarnaast financiële inzet vanuit OV, infra, krimp, aanvalsplan wonen, wonen etc;
- In de kadernota 2018 wordt gesproken over een transitiefonds voor de leefomgeving dat kan worden ingezet voor langer zelfstandig thuis wonen.

De provincie borgt daarnaast het thema innovatie in de technologie integraal via de nog aan te stellen kwartiermaker zorgeconomie bij het Innovatieplatform Fryslân (IPF) (zie jaarplan 2017-2018 UP zorgeconomie van 16 mei 2017). De kwartiermaker heeft een specifieke rol om innovatie in het MKB te verbinden aan zorgorganisaties - en hiermee aan de burger/ cliënten - door hen als 'launching customer' te zien en beide partijen met elkaar te verbinden. Verder hebben we een adviesrol binnen het programma sociaal medische eerste lijn (specifiek thema is wonen-zorg). Daarnaast subsidiëren we de Healthy Ageing Netwerk Noord Nederland (HANNN) voor projectontwikkeling op het terrein van medische technologie, domotica, ehealth. Daarnaast komt onze inzet ook tot uiting bij het ontwikkelen van het transitiefonds leefbare fysieke omgeving waardoor we woningen bouwtechnisch bij de tijd willen helpen brengen, levensloopbestendig en een kruispunten van digitale voorzieningen: door gebruik van moderne technologieën, zoals domotica, beeldzorg, sensor-alarmering etc. (resultaat 41).

Tot slot is voor de inventarisatie onder een aselechte groep binnen de zorg gevraagd naar de gewenste rol van de provincie op het terrein van spreiding en bereikbaarheid van zorg. Zie de tabel op pagina 51-52 van de inventarisatie. Op basis hiervan zijn de volgende conclusies getrokken over de gewenste aanvullende maatregelen en gewenste rol van de provincie:

- Het blijkt dat de provincie de gewenste rol op het terrein van zorg in principe kan uitvoeren - en voor het overgrote deel ook al uitvoert - binnen de huidige provinciale kerntaken;
- Ook sluit de gewenste rol aan bij onze visie dat de provincie goede en bereikbare zorg belangrijk vindt en de primair verantwoordelijke partijen hierop vergt. Tot slot past de gewenste rol binnen de huidige provinciale instrumenten van de zogenaamde -erende taken: informeren, lobbyen, faciliteren, stimuleren e.d;
- De ontvangen signalen vanuit het veld op basis van de inventarisatie kunnen worden meegenomen in de reguliere overleggen met Zorgverzekeraar de Friesland en de Vereniging Friese Gemeenten (VFG): de inkopers van de Zvw/ Wlz en Wmo. Alsook in onze rol als adviseur binnen het programma sociaal medische 1<sup>e</sup> lijn. Tot slot is het ook mogelijk deze punten te agenderen richting het Rijk, bijvoorbeeld via de bestuurs- afspraken krimp;
- Het signaal van de huisartsen om bij te dragen aan het promoten van de aantrekkelijke kant van Friesland voor huisartsen om zo voldoende huisartsen in de provincie te houden, gaan we uitwerken. Dit sluit namelijk aan bij een vastgestelde doelstelling binnen het Uitvoerings-

programma Zorgeconomie. Deze doelstelling is echter nog niet uitgevoerd, omdat er geen financiële middelen beschikbaar waren voor de uitvoering. Hiervoor willen we een deel van het beschikbare budget voor resultaat 19 inzetten.

### Kader zoekrichtingen inzet en rol provincie

Als kader voor een mogelijke provinciale rol moet gekeken worden naar:

- of er al actie ondernomen wordt door verantwoordelijke partijen, dan daar energie laten (dit is conform Coalitieakkoord);
  - of het aansluit bij de vastgestelde wettelijk kaders en vastgestelde (landelijke) wettelijke normen rondom zorg;
  - of de rol van de Provincie Fryslân passend is binnen vastgesteld provinciaal beleid;
  - of de wettelijk verantwoordelijke partijen de rol van de provincie accepteren en meerwaarde ervaren;
  - of de provincie kennis en expertise op het thema heeft;
  - of er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn om rol goed uit te voeren.
- Bij het maken van de keuze voor de voorkeursvariant is dit kader als check gebruikt.

### Varianten provinciale inzet en toelichting

Variant 1. Resultaat 19 is bereikt: inventarisatie is opgesteld en uit inventarisatie blijkt dat er op dit moment geen noodzaak is tot ingrijpen



*Toelichting:* Uit de inventarisatie blijkt dat de gestelde wettelijke en veldnormen rondom spreiding zorgvoorzieningen (specifiek huisartsen, ambulance- en ziekenhuiszorg) voor het overgrote deel worden behaald. De verantwoordelijke partijen ondernemen hiervoor ook diverse acties. (zie inventarisatie hoofdstuk 4). Mochten er witte vlekken zijn in het acute zorgaanbod dan is wettelijk de ROAZ verantwoordelijk om oplossingen hiervoor te bedenken. Het zorgkantoor heeft de positie en mogelijkheid om de spreiding van verpleeghuiszorg te realiseren (care). En de gemeenten hebben een regierol gekregen voor het wonen en zorg voor mensen die thuis wonen en zorg nodig hebben. Zorgkantoor en gemeenten hebben tot slot een gezamenlijke verantwoordelijkheid om een goede samenhang te creëren tussen de Wmo en de Wlz. Dit rechtvaardigt om te kiezen voor deze variant.

Deze variant geeft de provincie een beperktere rol dan dat de provincie feitelijk heeft. De provincie levert namelijk direct dan wel indirect een aanzienlijke bijdrage vanuit de kerntaken. Dit gaat verder dan ad hoc signaleren en agenderen. Zie hoofdstuk 3 inventarisatie. Ook sluit het niet aan bij de actuele ontwikkelingen in de zorg, die vragen om integraliteit. Tot slot lopen er, zowel landelijk als

provinciaal, nog aardig wat projecten (zoals programma sociaal medische 1<sup>e</sup> lijn, woonzorgatlas etc) die aanknopingspunten geven voor de uitwerking van onder meer de nog op te stellen woonvisie en het transitiefonds. Het is dus een 'ongoing' proces. Deze variant sluit derhalve onvoldoende aan bij vastgesteld integraal provinciaal beleid.

#### Variant 2. Voor uitvoering resultaat 19 autonoom beleid opstellen



#### *Toelichting:*

De zorgsector is op dit moment enorm in beweging onder meer door de demografische ontwikkeling en ingezet rijksbeleid. De toekomstige zorgvraag wordt complexer en vereist een andere zorgprofessional. Technologie kan hierin een ondersteunende rol spelen. Ook is er een taakverschuiving bezig in de zorg: van 2<sup>e</sup> lijns naar eerstelijns, basiszorg dichtbij en complexe zorg geconcentreerd. Dit leidt tot onrust in de samenleving en van hieruit een maatschappelijke behoefte aan een rol voor de provincie.

Deze variant wordt echter niet aangeraden. Uit de inventarisatie blijkt dat de gestelde wettelijke danwel veldnormen voor het overgrote deel worden gehaald. Ook dat de ROAZ, gemeenten en zorgkantoor wettelijk verantwoordelijk zijn voor de spreiding van cure en care, alsook om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Daarnaast past deze keuze niet binnen de rol die het Friese veld van de provincie verwacht, zo blijkt uit de inventarisatie. (zie hoofdstuk 5). Bovendien past deze variant niet bij de huidige ontwikkelingen binnen zorg op rijks- en gemeentelijk niveau en bij de zorgverzekeraars om af te stemmen en integraal beleid te ontwikkelen. Daarnaast staat deze variant haaks op het vastgestelde bestuursakkoord tussen Rijk, gemeenten en provincies over de rol van de provincie op het terrein van zorg en sociaal beleid. Tot slot past deze keuze niet binnen al vastgesteld provinciaal beleid, te weten resultaat 1. In diverse provinciale beleidsbrieven en uitvoeringsplannen is zorg als vanzelfsprekend onderdeel meegenomen, bijvoorbeeld economie, krimp/ leefbaarheid, cultuur, taal, onderwijs en sport. In gezamenlijkheid zijn er ook al veelvuldig integrale acties ondernomen. (zie inventarisatie hoofdstuk 3). Verder worden er nog diverse resultaten uitgewerkt zoals leefbaarheid platteland, woonvisie, resultaat 21 en 41 waarbij zorg ook wordt meegenomen. Ook is vanwege de inzet op integraal werken de formatie binnen de provincie op het terrein van zorg afgebouwd. Voor deze variant dient dan ook rekening gehouden te worden met benodigde formatie om deze variant uit te voeren.

### Variant 3. Resultaat 19 realiseren we integraal binnen provinciaal beleid



#### **Toelichting voorkeursvariant: resultaat 19 realiseren we integraal binnen provinciaal beleid**

Uit de inventarisatie (zie hoofdstuk 3) komt overduidelijk naar voren dat de provincie op dit moment direct dan wel indirect op dit moment een wezenlijke bijdrage levert aan de spreiding en bereikbaarheid van zorg en ook aan het langer zelfstandig thuis blijven wonen. Dit gebeurt integraal vanuit de provinciale kerntaken, zoals OV, infra, krimp/ leefbaarheid, milieubeleidsplan, economie, wonen, cultuur, sport, breedband etc. Dit is conform resultaat 1 van het Coalitieakkoord: invlechten van sociaal beleid en zorg binnen huidige kerntaken. Daarbij ligt er ook een relatie met de nog op te stellen woonvisie, leefbaarheid platteland en het nog te ontwikkelen transitiefonds leefomgeving (resultaat 41).

Uit de reactie van het veld blijkt dat het veld een rol van de provincie vragen, die voor het merendeel past binnen de huidige kerntaken. (zie hoofdstuk 5 inventarisatie) Deze gewenste rol van de provincie sluit aan bij onze visie dat de provincie spreiding en bereikbaarheid zorgvoorzieningen/ bereikbare zorg belangrijk vindt door de primair verantwoordelijke partijen hierop te vergen. Anderzijds past het bij de huidige provinciale instrumenten van de zogenaamde –erende taken: lobbyen, signaleren en agenderen.

Binnen deze voorkeursvariant gaan we door met ingezet provinciaal beleid om zorg integraal mee te nemen binnen de huidige kerntaken. De signalen uit het veld op basis van de inventarisatie gaan we terugkoppelen naar de relevante partijen zoals Rijk, Friese gemeenten en Zorgverzekeraar De Friesland.

#### *Inzet gereserveerde financiële middelen*

Het gereserveerde bedrag voor dit resultaat is in een bestedingsritme van € 250.000,- over 4 jaar gereserveerd. In 2016 is een bedrag van € 327.000,- ingezet voor de budgetsubsidie Zorgbelang 2016. De prognose is dat het besteedbaar bedrag in 2017 van € 250.000,- niet volledig zal worden weggezet en daarom is in de 1<sup>e</sup> Berap een verzoek tot wijziging van het bestedingsritme voorgesteld.

Een deel van het nog beschikbaar budget wordt ingezet om samen met de huisartsen een merkcampagne op te stellen. Dit sluit naadloos aan bij het vastgesteld resultaat in het Uitvoeringsprogramma Zorgeconomie. Dit resultaat is nog niet behaald, onder meer omdat er geen financiële middelen beschikbaar waren om dit resultaat uit te voeren. Het budget wat nog overblijft na de merkcampagne kan in 2018/2019 worden weggezet aan relevante acties afhankelijk van de vraag.

#### *Inzet Zorgbelang*

Clientondersteuning is via diverse wetten geregeld. Zorgpartijen, gemeenten, het Zorgkantoor De Friesland voeren deze ondersteuning ook uit. Kijkend naar de lopende initiatieven binnen het zorgveld (landelijk en provinciaal) en de betrokkenheid van Zorgbelang daarin, de aangegeven gewenste aanvullende acties van de provincie en tot slot de betrokkenheid van Zorgbelang bij diverse recente projecten die gesubsidieerd zijn door de provincie, wordt geconcludeerd dat er op dit moment voornog geen aanvullende rol van Zorgbelang wordt gezien. Mocht er binnen de uitvoering van provinciaal beleid van de kerntaken (OV, krimp, wonen etc.) initiatieven op gang komen waar Zorgbelang een rol in kan spelen, dan wordt dit uiteraard nader bekeken.