



Panteia

Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars

Quickscan

C10478

Paul Poortvliet; Susan van Klaveren

Zoetermeer, 22 oktober 2013

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

Samenvatting

Aanleiding en doel van het onderzoek

Om de gezondheidszorg beheersbaar en betaalbaar te houden, zet het kabinet in op kwalitatief goede basiszorg die zo dicht mogelijk bij de patiënt is georganiseerd. Om dit te bereiken, stimuleert het kabinet samenwerking tussen onder meer zorgverzekeraars en gemeenten.

Om inzicht te krijgen in de wijze waarop de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars vorm krijgt, heeft het Ministerie van VWS opdracht gegeven een quickscan uit te voeren. Het doel hiervan is:

het bieden van inzicht in de huidige stand van zaken in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars (op het terrein van preventie).

Om de stand van zaken inzichtelijk te maken, is allereerst een deskresearch uitgevoerd om eventuele ontwikkelingen in de samenwerking in kaart te brengen en relevante onderwerpen voor het onderzoek vast te stellen. Vervolgens zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van de vier grootste zorgverzekeraars. Daarnaast is een telefonische vragenlijst afgenomen onder 177 gemeenten. Deze samenvatting beschrijft de belangrijkste conclusies van het onderzoek.

1. Groeiende samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars

De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars neemt toe. Van de gemeenten heeft 89% procent contact met één of meerdere zorgverzekeraars. In totaal staat 11 procent van de gemeenten (nog) niet in verbinding met een zorgverzekeraar, ook niet via een samenwerkingsverband van gemeenten en/of de GGD. Het gaat hier om gemeenten met minder dan 50.000 inwoners. Belangrijkste reden om nog niet in overleg te zijn met een zorgverzekeraar is dat deze gemeenten eerst hun eigen koers willen bepalen.

Vanuit de zorgverzekeraars gezien blijkt dat zij contacten hebben met (vrijwel) alle gemeenten in hun werkgebied, al varieert de intensiteit van de contacten sterk.

2. Samenwerking: vooral regionaal en vaak op bestuurlijk niveau

In de meeste gevallen verloopt het contact met een zorgverzekeraar via een regionaal samenwerkingsverband, daarnaast hebben meerdere gemeenten ook individuele contacten met een verzekeraar.

Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars vindt vooral op bestuurlijk niveau plaats. Bij ruim de helft van de gemeenten is er (ook) sprake van organisatorische en/of operationele samenwerking.

Bijna een kwart van de gemeenten laat zich in de samenwerking met een zorgverzekeraar door een adviesbureau begeleiden.

3. Aantal convenanten neemt toe

In 2011 waren niet alle zorgverzekeraars voorstander van het afsluiten van convenanten. Uit dit onderzoek blijkt dat de vier grootste zorgverzekeraars met een toenemend aantal gemeenten convenanten afsluit. Op dit moment heeft ruim 20% van alle gemeenten een convenant met een zorgverzekeraar afgesloten.

4. Zorgverzekeraars bouwen samenwerking op

Voor zorgverzekeraars is helder dat samenwerking met gemeenten van belang is voor onder meer een goede afstemming tussen zorg en welzijn. Zij zijn wel zoekende in de vormgeving van samenwerking, vooral door het grote aantal gemeenten. Dit geldt zowel voor praktische zaken (bijvoorbeeld het vormgeven van het relatiebeheer), als



voor meer inhoudelijke zaken (bijvoorbeeld het vaststellen van effectieve interventies en hoe de aanvullende collectieve zorgverzekering voor minima kan worden benut). In de regel beginnen de zorgverzekeraars de samenwerking met een klein aantal gemeenten, proberen zij verschillende diensten uit en benutten zij de geleerde lessen voor de verdere ontwikkeling van hun visie op de samenwerking met gemeenten.

5. Gezamenlijke activiteiten in beginfase

De meeste gemeenten voeren activiteiten samen met de zorgverzekeraar én het zorgkantoor uit. De belangrijkste activiteiten zijn het voeren van verkennende gesprekken en het uitwisselen van kennis en informatie. De belangrijkste activiteit met de zorgverzekeraar is – logischerwijs – de inkoop van de collectieve zorgverzekering voor minima.

Het aantal en type activiteiten laat zien dat de onderlinge samenwerking vaak nog pril is en dat zorgverzekeraars de samenwerking (rustig) uitbouwen.

6. Preventie en de decentralisaties AWBZ en Jeugdzorg belangrijke thema's

Van de gemeenten werkt 42% samen met de zorgverzekeraar aan preventie/gezondheidsbevordering. Ook de decentralisaties AWBZ en Jeugdzorg en het afstemmen van zorg en welzijn zijn belangrijke samenwerkingsthema's.

7. Projecten en pilots: focus op doelgroepen

Een derde van de gemeenten voert samen met de zorgverzekeraar projecten en pilots uit. De meeste daarvan zijn gericht op specifieke doelgroepen. Activiteiten vinden meestal gemeentebreed of regionaal plaats. Wanneer projecten in wijken en buurten plaatsvinden, zijn de belangrijkste selectiecriteria van deze wijken de sociaal economische status en het gezondheidsprofiel.

8. Beperkte aandacht voor evaluatie en monitoring

Evaluatie en monitoring is geen standaard onderdeel binnen de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars: 59 procent van de gemeenten geeft aan dat hier geen aandacht aan wordt besteed. Wanneer de samenwerkingspartners investeren in evaluatie en monitoring dan gebeurt dit vooral op projectniveau. Uit de gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat de onderlinge samenwerking vooral wordt geëvalueerd wanneer er sprake is van een convenant.

9. Samenwerking vaak nog weinig intensief

Aan gemeenten is gevraagd om de mate van de samenwerking uit te drukken in een cijfer (1= beginnende samenwerking en 10 = vergevorderde samenwerking). Gemeenten beoordelen de intensiteit van de samenwerking gemiddeld met een 4,2. Grotere gemeenten geven vaker een hoger cijfer voor de mate van samenwerking dan kleinere gemeenten.

10. Zorgverzekeraars en gemeenten willen meer samenwerken

Zowel zorgverzekeraars als gemeenten verwachten in de toekomst meer te gaan samenwerken. Zorgverzekeraars hebben gemeenten geselecteerd met wie zij (meer) willen gaan samenwerken. Van de gemeenten spreekt 96% de wens uit om de bestaande samenwerking uit te breiden.



Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars	7
1.2	Quickscan van de samenwerking	7
1.3	Onderzoeksopzet	8
1.4	Leeswijzer	8
2	Resultaten zorgverzekeraars	9
2.1	Contacten met gemeenten	9
2.2	Organisatorische inrichting	10
2.3	Activiteiten	10
2.4	Evaluatie en monitoring	11
2.5	Projecten , pilots en experimenten	12
2.6	Preventie	13
2.7	Conclusies	14
3	Resultaten gemeenten	15
3.1	Contact met zorgverzekeraars	15
3.2	Karakterisering van de samenwerking	15
3.3	Gezamenlijke activiteiten	20
3.4	Thema's van samenwerking	21
3.5	Uitwisseling van kennis en informatie	23
3.6	Collectieve zorgverzekering voor minima	24
3.7	Gezamenlijke projecten	24
3.8	Toekomst van de samenwerking	27
3.9	Conclusies	29
4	Terug- en vooruitblik	31
4.1	Motievenmatrix voor samenwerking	31
4.2	Ontwikkelingen in de samenwerking	32
4.3	En de toekomst...	33
Bijlage 1	Tijdslijn	35
Bijlage 2	Checklist zorgverzekeraars	37
Bijlage 3	Enquête onder gemeenten	39
Tabellen		47
Figuren		49



1 Inleiding

1.1 Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars

Om de gezondheidszorg beheersbaar en betaalbaar te houden, zet het kabinet in op kwalitatief goede basiszorg die zo dicht mogelijk bij de patiënt is georganiseerd. In het regeerakkoord spreekt het kabinet Rutte II van 'een omslag naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen verschillende aanbieders en houdbaar gefinancierde voorzieningen'.

Om dit te bereiken ziet het kabinet samenwerking tussen onder meer zorgverzekeraars en gemeenten als belangrijke factor. Deze partijen kunnen bijdragen aan een goede aansluiting van voorzieningen. Zorgverzekeraars zijn immers verantwoordelijk voor de Zvw en voeren via hun zorgkantoren in onderscheiden regio's de AWBZ uit. Gemeenten zijn daarentegen verantwoordelijk voor de Wmo en de Wpg.

In de afgelopen paar jaar neemt volgens Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten de samenwerking tussen de genoemde partijen toe. Volgens een enquête van genoemde partijen werkt twee derde van de gemeenten ad hoc of structureel samen met zorgverzekeraars¹.

1.2 Quickscan van de samenwerking

Om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, laat het Ministerie van VWS onderzoek uitvoeren. In 2011 heeft Research voor Beleid (nu: Panteia) een onderzoek uitgevoerd naar:

- de kenmerken van samenwerkingsprojecten,
- de motieven van de verschillende partijen om wel of niet samen te werken.

In 2013 heeft het Ministerie Panteia opdracht gegeven een vervolgonderzoek, een quickscan, uit te voeren. Het doel van dit onderzoek is tweeledig, namelijk:

- 1) Inzicht geven in de huidige stand van zaken van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars (op het terrein van preventie)
- 2) Verschillen in de samenwerking ten opzichte van 2011 inventariseren.

Het gaat hier om een quickscan van de samenwerking. Het was een beknopt onderzoek waarbij het accent lag op het verkrijgen van een breed beeld en er minder ruimte was voor verdieping.

¹ <http://www.vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo/nieuws/gemeenten-willen-meer-samenwerken-met-zorgverzekeraars>



1.3 Onderzoekopzet

Het onderzoek bestaat uit 4 fasen.

1) Voorbereiding

Het onderzoek is gestart met een deskresearch om de huidige ontwikkelingen die van invloed zijn op de samenwerking in kaart te brengen. De resultaten zijn benut om de onderzoeksinstrumenten vorm te geven.

2) Inventarisatie onder zorgverzekeraars

Vervolgens interviews met vertegenwoordigers van de vier grootste zorgverzekeraars (Achmea, CZ, Menzis en VGZ)². De functies van de geïnterviewden verschillen. Er is gesproken met een regio-coördinator, een programmamanager, een projectleider en een manager.

Tijdens de gesprekken zijn de volgende onderwerpen behandeld:

- Kenmerken contacten gemeenten
- Evaluatie en monitoring
- Projecten/pilots/experimenten
- Aandacht voor preventie

Van elk gesprek is voor intern gebruik een verslag gemaakt.

3) Inventarisatie onder gemeenten

Om een breed en representatief beeld te krijgen van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars zijn 177 gemeenten over dit onderwerp telefonisch geïnterviewd³. Er is vooral gesproken met vertegenwoordigers (beleidsmedewerkers, beleidsadviseurs en regisseurs) van de afdelingen maatschappelijke ondersteuning/ontwikkeling, welzijn, participatie, samenleving of beleid & strategie. In een enkel geval is gesproken met een vertegenwoordiger van de afdeling sociale zaken. Niet in alle gevallen hebben de respondenten overzicht over en inzicht in de verschillende contacten die hun gemeente met een zorgverzekeraar onderhoudt. De afdeling waar zij werkzaam zijn, is daarbij bepalend op welke onderdelen van de samenwerking zij zicht hebben en welke niet.

4) Analyse en rapportage

De uitkomsten van fase 2 en 3 zijn aan de hand van het doel van het onderzoek geanalyseerd en in onderhavige rapportage beschreven.

Om representatieve uitspraken te kunnen doen zijn de uitkomsten van de enquête onder gemeenten gewogen naar gemeentegrootte. Dit was nodig omdat relatief minder gemeenten van 20-50.000 inwoners aan het onderzoek hebben meegedaan. Elke categorie heeft daarom een weegfactor gekregen zodat de verhouding tussen gemeentegrootte overeenkomt met de werkelijke verdeling.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de stand van zaken in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars vanuit de optiek van zorgverzekeraars. Hoofdstuk 3 behandelt hetzelfde onderwerp, maar nu vanuit de optiek van gemeenten.

² Bij deze zorgverzekeraars is 90% van de Nederlandse burgers verzekerd.

³ Slechts één gemeente heeft deelname aan het onderzoek geweigerd (i.v.m. weinig tijd / geen zin). Dit laat zien dat het onderwerp heel actueel is en gemeenten zeer aanspreekt.

⁴ Voor het onderzoek is een aselechte, gestratificeerde steekproef van gemeenten getrokken.



2 Resultaten zorgverzekeraars

Dit hoofdstuk presenteert de stand van zaken in de samenwerking met gemeenten vanuit de optiek van de zorgverzekeraars. Om tot dit hoofdstuk te komen zijn interviews afgenomen met de vier grootste zorgverzekeraars in Nederland.

2.1 Contacten met gemeenten

De zorgverzekeraars hebben contacten met (vrijwel) alle gemeenten in hun werkgebied. De intensiteit van de contacten en samenwerkingsvormen verschillen echter sterk tussen de gemeenten waarmee een verzekeraar contact heeft. Dit kan uiteen lopen van bijvoorbeeld een contract voor een collectieve zorgverzekering tot een convenant met een uitgebreid uitvoeringsprogramma.

De vier zorgverzekeraars werken het meest intensief samen met een selectie van gemeenten. Om deze selectie te kunnen maken hebben twee zorgverzekeraars de gemeenten in hun werkgebied expliciet ingedeeld in twee of drie categorieën, waarbij zij met de eerste groep, de zogenoemde 'speerpunt-gemeenten', in eerste instantie de samenwerking aangaan. Dit zijn de gemeenten waar de zorgverzekeraars actief achteraan gaan om de samenwerking te zoeken en zo mogelijk een convenant af te sluiten. In het geval van een indeling in drie categorieën biedt de zorgverzekeraar ook een aanbod aan de middelste categorie aan, maar dit aanbod is beperkter van omvang. De laatste categorie gemeenten wordt niet actief benaderd. Meer in het algemeen geldt dat zorgverzekeraars kleine gemeenten stimuleren om in regionaal verband contact op te nemen met de verzekeraar of in dit kader samen te werken met een grote gemeente.

Selectie van gemeenten

Bij de selectie van de speerpuntgemeenten hanteren de verzekeraars de volgende criteria:

- Marktaandeel van de verzekeraar
- Absoluut aantal verzekerden
- Verwacht rendement.

Eén zorgverzekeraar benoemt daarnaast expliciet als selectiecriteria 1) de organisatiegraad van de gemeente en 2) de bestuurlijke én ambtelijke wil om samen te werken en de daarvoor benodigde middelen en capaciteit vrij te maken. Zonder deze factoren is een gemeente volgens de verzekeraar niet in staat om tot een convenant te komen en deze ook uit te voeren.

Leerproces

Uit de gesprekken komt het beeld naar voren van de zorgverzekeraars in een leerproces zitten, waarin zij onderzoeken hoe zij het grote aantal gemeenten het beste kunnen bedienen. Dit leerproces richt zich op niet alleen op de inrichting van het relatiebeheer, maar ook op hoe het aanbod aan gemeenten eruit moet zien, welke interventies/diensten effectief zijn, hoe efficiënt kan worden samengewerkt, etc... Een aandachtspunt daarbij is hoe geleerde lessen binnen de organisatie kunnen worden verspreid en geborgd.



2.2 Organisatorische inrichting

Zorgverzekeraars hebben vanuit verschillende afdelingen en vanuit het zorgkantoor contact met gemeenten. Dit kan ertoe leiden dat meerdere medewerkers bij een gemeente over de vloer komen zonder dat zij dat van elkaar weten. Om dit meer te stroomlijnen is een goede organisatorische inbedding van het relatiebeheer van belang.

Inbedding relatiebeheer

De inbedding van het relatiebeheer met gemeenten verschilt per zorgverzekeraar. Eén verzekeraar stelt per gemeente een team samen van een zorginkoper ZVW, zorginkoper AWBZ en een accountmanager. Dit team stemt procesmatige en inhoudelijke afspraken met elkaar af en bespreekt hoe kan worden ingespeeld op de behoeften en verwachtingen van de desbetreffende gemeente. Een verzekeraar heeft een team van medewerkers, bestaande uit vijf personen, die gezamenlijk op grond van een regioverdeling inzetten op versterking van de eerste lijns zorg en contacten met gemeenten onderhouden. Na een reorganisatie zullen drie medewerkers (3 fte) worden in gezet op samenwerking met gemeenten. Een derde verzekeraar heeft een directeur die verantwoordelijk is voor de convenanten met gemeenten, en een afzonderlijke BV van waaruit ondersteuning aan gemeenten wordt geboden.

Zoekende

Vooraf het grote aantal gemeenten maakt dat de zorgverzekeraars zoekende zijn in hoe zij het relatiebeheer met gemeenten willen en kunnen vormgeven. Het gaat hierbij niet alleen om de inbedding van het relatiebeheer in de organisatie, maar ook hoe ga je om met de vele vragen die gemeenten hebben over bijvoorbeeld zorginkoop en de AWBZ.

Om de uitwisseling over dergelijke vragen vorm te geven en onderlinge kennismaking te bevorderen organiseert één verzekeraar tweemaal per jaar in het kader van afgesloten convenanten bijeenkomsten voor ambtenaren en medewerkers die betrokken zijn bij de realisatie van de convenantafspraken om kennis met elkaar te delen en informatie uit te wisselen.

Een andere verzekeraar heeft een spel ontwikkeld (het preventiespel) waarmee stakeholders elkaar (beter) kunnen leren kennen. Het spel biedt de mogelijkheid om de complexe werkelijkheid rond het bevorderen van een gezondere leefstijl spelenderwijs te verkennen, en zo inzicht te verkrijgen in de belangen en werkwijzen van de verschillende stakeholders.

2.3 Activiteiten

De zorgverzekeraars werken op verschillende manieren samen met gemeenten. Zoals reeds genoemd, zijn een aantal gemeenten benoemd tot speerpuntgemeenten waarmee de zorgverzekeraars een convenant willen sluiten. Deze convenanten omvatten meerdere typen activiteiten, van informatie-uitwisseling, het beter laten aansluiten van zorg en welzijn, preventie-activiteiten tot het doorontwikkelen van de collectieve zorgverzekering voor minima.

Grote verschillen in aantallen activiteiten

Er zijn grote verschillen in de aantallen activiteiten die een verzekeraar per vorm uitvoert. De ene verzekeraar heeft met twee gemeenten convenanten afgesloten, de ander met twaalf. Eenzelfde verschil bestaat er bij het voeren van verkennende gesprekken. De ene zorgverzekeraar is met 3 gemeenten in gesprek, de ander zit bij



26 gemeenten aan tafel. En twee van de zorgverzekeraars hebben met 40-50 gemeenten collectieve zorgverzekeringen voor minima afgesloten.

Variatie in activiteiten per gemeente

De type activiteiten die een zorgverzekeraar in een gemeente uitvoert, verschillen. De variatie ontstaat doordat er verschillen zijn in de redenen waarom de zorgverzekeraar en de gemeente elkaar opzoeken. Zij kunnen elkaar opzoeken vanwege een hoge zorgconsumptie in een wijk, en dan in gezamenlijkheid komen tot een plan van aanpak. Daarnaast kunnen beide partijen elkaar ook benaderen vanwege een specifieke aanpak/project, zoals bijvoorbeeld een wijkteam. Ook kan een collectieve zorgverzekering de aanleiding zijn voor de zorgverzekeraar om met een gemeente te praten over eventuele behoeften aan ondersteuning en/of samenwerking.

Afspraken over zorginkoop

Volgens één van de zorgverzekeraars staan afspraken over gezamenlijke zorginkoop nog in de kinderschoenen. Drie van de vier zorgverzekeraars *experimenteren* met populatiebekostiging. Dat dit een hele stap is blijkt dat één van deze verzekeraars meldt dat de organisatie zich lang heeft beperkt tot afstemming over de zorginkoop omdat gezamenlijke zorginkoop werd belemmerd door verschillen tussen gemeenten en de zorgverzekeraar in procedures, termijnen en systemen. In de experimenten wordt onderzocht hoe ondanks de belemmeringen populatiebekostiging tot stand kan komen.

Ondersteuning bij zorginkoop

Ook de ondersteuning bij inkoop van zorg moet bij de meeste zorgverzekeraars nog verder tot ontwikkeling komen. Zorgverzekeraars geven gehoor aan verzoeken om informatie en kennis over onder meer de decentralisaties, en kijken bij verschillende gemeenten hoe zij ondersteuning kunnen bieden. Afgezien van één zorgverzekeraar hebben zij nog geen concrete diensten die zij in dit kader aanbieden aan gemeenten.

2.4 Evaluatie en monitoring

Evaluatie van de samenwerking

Alle vier de zorgverzekeraars besteden aandacht aan het evalueren van de samenwerking met gemeenten. Dergelijke evaluaties vinden vooral plaats in het kader van convenanten, waarbij in het convenant de evaluatiemomenten zijn vastgelegd. Evaluaties spelen een belangrijke rol in de opmaat naar een nieuw convenant.

Evaluatie en monitoring van projecten

In de regel evalueren de zorgverzekeraars de uitgevoerde projecten. Dit gebeurt standaard bij projecten die vallen onder een convenant. Twee zorgverzekeraars benadrukken ook alle afzonderlijke projecten met gemeenten te evalueren.

Business cases van projecten

Business cases worden als instrument gebruikt om de kosten en baten van een project inzichtelijk te maken. De resultaten kunnen worden gebruikt om het project aan te passen, op dezelfde voet door te gaan of om er vanaf te zien. De vier zorgverzekeraars gaan zeer verschillend met dit instrument om:



- Eén zorgverzekeraar gaat niet van start met de uitvoering van projecten als er geen goede business case is opgesteld. Voor besluitvorming over een project wordt dan ook een business case opgesteld.
- Een andere zorgverzekeraar ervaart een toenemende vraag om business cases op te stellen, ook vanuit gemeenteraden. Voor aanvang van projecten dient helder te zijn wat de effecten en de meerwaarde van het project zal zijn. In het kader van het opstellen van convenanten staat het uitwerken van business cases nog in de kinderschoenen. De verzekeraars evalueert projecten vooral tussentijds en achteraf.
- De derde verzekeraar ontwikkelt een monitor waarmee de effecten van de inzet van wijkteams in kaart kunnen worden gebracht. Deze zorgverzekeraar wisselt in samenwerkingsrelaties met gemeenten monitorings- en evaluatie-informatie zoveel mogelijk uit. Als door de gemeenten maatschappelijke kosten- baten analyses worden uitgevoerd, delen zij deze informatie veelal met de verzekeraar.
- De vierde zorgverzekeraar werkt vanuit een plan van aanpak waarin go-/no-go momenten en momenten van evaluatie zijn benoemd. Evaluatie van projecten vindt achteraf plaats en de daaruit geleerde lessen worden meegenomen in vervolgprojecten.

Leren van evaluatie en monitoring

Evaluaties, business cases en monitors leveren informatie op die de zorgverzekeraars kunnen benutten om de samenwerking met gemeenten en de gezamenlijke projecten te verbeteren. Informele uitwisseling van de opgedane kennis komt bij elke zorgverzekeraar voor. Het centraal verzamelen en analyseren van de informatie en het verspreiden van de geleerde lessen binnen de organisatie staan nog in de kinderschoenen en de aanpak verschilt. Eén verzekeraar heeft een directeur die overzicht heeft (en houdt) over de verschillende convenanten met gemeenten, een ander gebruikt de business cases om van te leren. Ook werkt een verzekeraar in het kader van een reorganisatie op dit moment aan het vormgeven van het leerproces binnen de organisatie.

2.5 Projecten , pilots en experimenten

De vier zorgverzekeraars voeren samen met gemeenten projecten, pilots en experimenten uit. Een deel hiervan valt onder een convenant, maar ook los daarvan worden projecten ondernomen. De initiatieven komen van de zorgverzekeraar, gemeenten en/of lokale aanbieders.

Motieven

Er kunnen meerdere motieven zijn om een project te starten. De volgende mogelijkheden zijn genoemd:

- *Doelstellingen*: Uitwisseling van wederzijdse speerpunten tussen gemeenten en zorgverzekeraars kan leiden tot gezamenlijke doelstellingen op grond waarvan besloten wordt tot bepaalde projecten.
- *Analyse*: Een integrale analyse van een wijk kan aanleiding zijn voor specifieke projecten.
- *Overleg*: Overleg met lokale professionals kan inzicht opleveren in bepaalde patiëntgroepen en/of drempels in de samenwerking en zo de opmaat zijn voor een samenwerkingsproject.
- *Lokale initiatieven*: aanbieders kunnen ook zelfstandig een voorstel voor een project indienen bij gemeente en verzekeraar.

Niet alle projecten beogen gezondheids- of welzijnsproblematiek te verminderen. Projecten kunnen ook gericht zijn op een bepaalde doelgroep, maar vooral tot doel



hebben ontmoeting tussen professionals tot stand te brengen en zo de samenwerking aan te zwengelen.

Grote variatie in projecten

Een deel van de samenwerkingsprojecten is al meer gebruikelijk, zoals de beweegprogramma's en de leefstijlcoaches; andere zijn meer experimenteel van aard, zoals het werken met wijkteams en de pilots wijkgebonden populatiebesteding. Ook bij de meer gebruikelijke projecten zijn er volgens de verzekeraars nog punten waarop verbetering kan plaatsvinden. Te denken valt aan het verkrijgen van structurele financiering van de projecten en/of het creëren van mogelijkheden voor een efficiënte uitrol naar andere gemeenten.

Omgang met verzekerden van derden

Of activiteiten ook toegankelijk zijn voor verzekerden van derden hangt af van de wijze van financiering. Algemeen geldt dat als activiteiten zijn opgenomen in het aanvullende pakket, alleen verzekerden deze kunnen gebruiken. In andere gevallen zijn de activiteiten vaak voor iedereen toegankelijk, vooral als het om preventieve activiteiten gaat.

Een zorgverzekeraar benadrukt dat de financiering van preventieve activiteiten voor verzekerden van derden nadelig kan uitvallen voor de eigen organisatie (zie § 2.6). Naast de financiële mogelijkheden van de zorgverzekeraar en de gemeente kunnen bij zorgverzekeraars dan ook strategische/commerciële motieven meespelen bij het bepalen van de financieringsconstructie voor een bepaalde activiteit. Eén zorgverzekeraar merkt in dit kader op dat een cursus valpreventie alleen toegankelijk is voor de eigen verzekerden, omdat ouderen veelal niet meer van verzekeraar wisselen. De baten van de cursus vloeien zo terug naar de zorgverzekeraar. Activiteiten voor jeugd en jongeren maakt de zorgverzekeraar wel algemeen toegankelijk.

2.6 Preventie

Binnen de samenwerkingsprojecten die zorgverzekeraars aangaan met gemeenten speelt preventie een belangrijke rol. Voor beide partijen kan gezondheidsbevordering een positief rendement opleveren, bijvoorbeeld omdat het de inzet van intensievere vormen van zorg voorkomt en/of het welzijn van mensen vergroot. De focus op preventie is echter geen gelopen race, zoals uit het onderstaande zal blijken.

Variatie in activiteiten

De verzekeraars benoemen verschillende activiteiten die zij ondernemen om de gezondheid van inwoners en/of verzekerden te verbeteren. Gezondheidsbevordering staat centraal, in een enkel geval richten de zorgverzekeraars zich samen met gemeenten op ziektepreventie en/of gezondheidsbescherming.

Er zijn diverse activiteiten gericht op mensen met een chronische ziekte, of op het voorkomen van chronische ziekten. Daarnaast worden bijvoorbeeld zelfmanagement en e-health gebruikt om gedragsverandering te stimuleren, leefstijlcoach ingezet wanneer (persoonlijke) ondersteuning nodig is bij het komen tot gezonder gedrag. Een andere verzekeraar benadrukt het belang van een sluitende infrastructuur voor zorg- en welzijn in de wijk omdat inwoners daardoor sneller passende zorg krijgen.



Collectieve zorgverzekering voor minima

Collectieve zorgverzekeringen worden benut om gezondheidsbevorderende activiteiten aan te bieden aan minima. Twee zorgverzekeraars ervaren een spanningsveld in wat je aan kunt bieden in deze verzekering zonder de organisatie uit de markt te prijzen. Twee verzekeraars merken op dat zij in toenemende mate maatwerk bieden door de aanvullende verzekering meer te laten aansluiten op de kenmerken van de lokale populatie van minima. Het proces om te komen tot maatwerk wordt positief beïnvloed doordat gemeenten kennis en ervaringen uitwisselen en de betekenis van bepaalde diensten voor minima in kaart brengen.

Selectieve preventie als grijs gebied?

Voor een deel zijn de verantwoordelijkheden duidelijk. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de universele preventie, zorgverzekeraars (vooralsnog) voor de geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Eén zorgverzekeraar ervaart de selectieve preventie als grijs gebied: wie van beide partijen dient te investeren in activiteiten gericht op mensen met een verhoogd risico op een bepaalde ziekte?

Twee verzekeraars melden expliciet dat zij subsidiegelden van ZonMW en/of eigen innovatiegelden gebruiken voor preventieve activiteiten, maar niet weten hoe zij deze activiteiten structureel kunnen financieren. Een andere zorgverzekeraar ervaart dit probleem niet. De gemeenten en verzekeraar stellen gezamenlijke doelen vast en zorgen voor gezamenlijke bekostiging. Dit is mogelijk doordat de zorgverzekeraar en desbetreffende gemeenten al langer met elkaar samenwerken en er een basis van vertrouwen is en de meerwaarde van de samenwerking duidelijk wordt ervaren.

2.7 Conclusies

De noodzaak om samen te werken met gemeenten is helder voor zorgverzekeraars, maar over het 'hoe' buigen zij zich nog (overigens zonder daarbij stil te zitten). Op deze vraag is geen eenduidig antwoord te geven, vooral door het grote aantal gemeenten. Zorgverzekeraars kiezen er dan ook voor de samenwerking incrementeel vorm te geven. Al zijn er verschillen tussen de verzekeraars, de hoofdlijn is dat zij met een klein aantal gemeenten beginnen, verschillende diensten uitproberen en de geleerde lessen benutten voor de verdere ontwikkeling van hun visie op de samenwerking met gemeenten.



3 Resultaten gemeenten

Dit hoofdstuk beschrijft de samenwerking met zorgverzekeraars vanuit de optiek van gemeenten. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de uitkomsten van de telefonische vragenlijst die is afgenomen onder 177 gemeenten.

3.1 Contact met zorgverzekeraars

Van de gemeenten heeft 89 procent contact met één of meerdere zorgverzekeraars. Van alle gemeenten werkt 66 procent samen met één zorgverzekeraar en 21 procent met meerdere zorgverzekeraars⁵. De samenwerking vindt vooral plaats met de 4 grootste verzekeraars. Het zijn vooral gemeenten met 100.000 en meer inwoners die contact hebben met meerdere zorgverzekeraars.

In totaal staat 11 procent van de gemeenten (nog) niet in verbinding met een zorgverzekeraar, ook niet via een samenwerkingsverband van gemeenten en/of de GGD. In alle gevallen gaat het hier om gemeenten van 0-50.000 inwoners.

Motivatie niet samenwerken

De gemeenten die geen contact hebben met een zorgverzekeraar zijn gevraagd naar de achterliggende redenen. Hieruit blijkt dat sommige gemeenten het belang er (nog) niet van inzien (3x genoemd), zich (nog) aan het oriënteren zijn op mogelijke samenwerking (3x) of eerst bepaalde beleidskeuzen willen maken voordat met een verzekeraar in gesprek gaan (6x). Ook zijn er gemeenten die contact hebben opgenomen met een verzekeraar, en dat de verzekeraar zich nog beraad over samenwerking of dit niet wil (4x)⁶.

Voor het komende jaar verwachten 18 gemeenten dat zij de zorgverzekeraar zullen benaderen over een eventuele samenwerking. De redenen hiervoor zijn de overheveling van taken uit de AWBZ, het vaststellen van de gemeentelijke visie en/of het vaststellen van het regionale samenwerkingsverband. Daarnaast verwachten 3 gemeenten dat zij de verzekeraar niet zullen benaderen, omdat de gemeente wordt opgeheven, de zorgverzekeraar geen samenwerking met de gemeente wil aangaan en/of de gemeente nog niet over samenwerking heeft nagedacht. De laatste 3 gemeenten weten niet of de gemeente in het komende jaar verkennende gesprekken met de zorgverzekeraar zal aangaan.

3.2 Karakterisering van de samenwerking

Individuele of regionale samenwerking

Gemeenten kunnen contacten met zorgverzekeraars zelf onderhouden of via een regionaal verband aangaan. Bijna de helft van de gemeenten (46 procent) heeft zowel individueel als regionaal overleg met de zorgverzekeraar(s); bij 41% gemeente verloopt het contact via een regionaal verband en 13% van de gemeenten zijn zelfstandig de samenwerking aangegaan.

Gemeenten kleiner dan 20.000 inwoners werken vooral in regionaal verband samen met een zorgverzekeraar. Individuele contacten tussen zorgverzekeraar en gemeenten

⁵ Van alle gemeenten heeft 2% contact met een zorgverzekeraar maar weet de respondent niet om hoeveel zorgverzekeraars het gaat, doordat de samenwerking verloopt via een gemeentelijk samenwerkingsverband.

⁶ De resultaten zijn niet gepercentageerd vanwege het lage aantal gemeenten dat *niet* met een zorgverzekeraar samenwerkt (n=19).



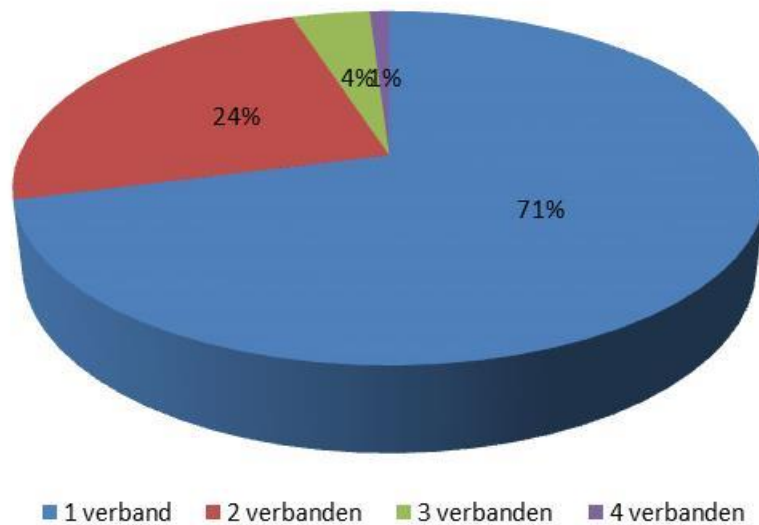
komen vooral voor bij de 100.000+-gemeenten. Gemeenten van 20-100.000 inwoners hebben veelal zowel individueel als regionaal contact met de zorgverzekeraar.

Zowel regionale gemeentelijke samenwerkingsverbanden als een enkele individuele gemeente onderhouden contacten met meer dan één zorgverzekeraar.

Aantal samenwerkingsverbanden

Gemeenten kunnen ook vanuit meerdere samenwerkingsverbanden in contact komen met een zorgverzekeraar. Bij 71 procent ontmoet de gemeente de zorgverzekeraar binnen één regionaal verband, en bij 29 procent zijn er contact binnen meerdere verbanden.

Figuur 3.1 Aantal samenwerkingsverbanden waarin gemeenten en zorgverzekeraars elkaar treffen



Bron: Panteia, 2013

Niveau van samenwerking

De samenwerking kan op meerdere niveaus plaatsvinden, namelijk bestuurlijk, organisatorisch en operationeel. Deze zijn in het onderzoek als volgt omschreven:

Bestuurlijke samenwerking	Samenwerken bestaat uit verkennende gesprekken, het opstellen van een gezamenlijke visie of ambitie, het opstellen van een convenant, etc.
Organisatorische samenwerking	Samenwerking bestaat uit het afstemmen van werkprocessen zodat er een betere aansluiting ontstaat in de keten van zorg en welzijn.
Operationele samenwerking	Samenwerking vindt plaats op het niveau van de cliënt en bestaat uit het afstemmen van zorg en welzijnsvoorzieningen.

Op dit moment vindt de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars het meest bestuurlijk plaats. Echter ook organisatorische en operationele samenwerking komt veelvuldig voor.



Tabel 3.1 Op welke niveaus werkt uw gemeente samen met de zorgverzekeraar?
Meerdere antwoorden mogelijk. (n=150)

	%
Bestuurlijk	61%
Organisatorisch	54%
Operationeel	53%

Bron: Panteia, 2013

Gemeenten met een omvang van 50.000 inwoners of meer, werken vaker op een bestuurlijk niveau samen dan gemeenten met een kleinere omvang. Ook blijkt dat operationele samenwerking vaker voorkomt wanneer er sprake is van één op één contact tussen gemeenten en zorgverzekeraars dan wanneer er in regionaal verband wordt samengewerkt.

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen ook op meerdere niveaus tegelijkertijd actief zijn. De volgende tabel toont welke (combinaties van) samenwerkingsniveaus voorkomen.

Tabel 3.2 Samenwerkingsniveaus (n=150)

Combinatie	%
Operationeel	21%
Bestuurlijk	20%
Bestuurlijk / Organisatorisch	20%
Bestuurlijk / Organisatorisch / Operationeel	16%
Organisatorisch / Operationeel	11%
Organisatorisch	7%
Bestuurlijk / Operationeel	5%

Bron: Panteia, 2013

Vastlegging samenwerkingsafspraken

Formeel vastgelegde samenwerkingsafspraken kunnen een bekrachtiging van de samenwerking zijn. Uit het voorgaande hoofdstuk blijkt dat zorgverzekeraars toewerken naar het afsluiten van convenanten met een groeiend aantal gemeenten. De gemeenten zijn gevraagd of zij een dergelijk convenant hebben ondertekend. Voor driekwart van de gemeenten die contact heeft met een zorgverzekeraar, is dit *niet* het geval. Als we deze uitkomst vertalen naar alle gemeenten, blijkt dat ruim één op de vijf gemeenten samenwerkingsafspraken met een zorgverzekeraars heeft ondertekend.

Externe begeleiding

Van de gemeenten maakt 23 procent gebruik van een adviesbureau dat begeleiding biedt bij de samenwerking met de zorgverzekeraar. Vooral gemeenten van 50-100.000 inwoners hebben begeleiding van een adviesbureau ingehuurd. Daarnaast geldt dat begeleiding vooral wordt ingezet door gemeenten die zowel individueel als in regionaal verband met zorgverzekeraar(s) samenwerken.

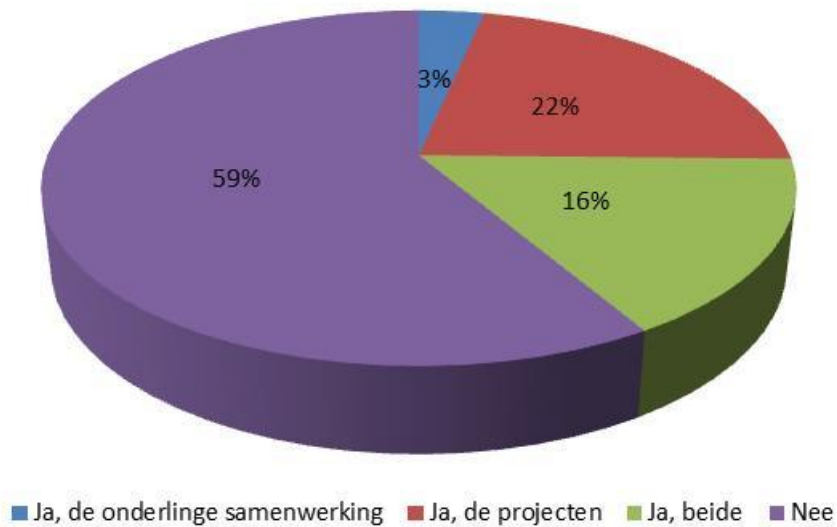


Evaluatie en monitoring

Evaluatie en monitoring is geen standaardonderdeel binnen de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars: 59 procent van de gemeenten geeft aan dat hier geen aandacht aan wordt besteed binnen de samenwerking. Dit geldt vooral voor gemeenten die in regionaal verband contact hebben met een zorgverzekeraar. Gemeenten die zelfstandig of zowel zelfstandig als in regionaal verband contacten onderhouden, zeggen vaker dat zij de onderlinge samenwerking en/of gezamenlijke projecten evalueren en monitoren.

Wanneer de samenwerkingspartners investeren in evaluatie en monitoring, dan gebeurt dit vooral op projectniveau. Bij 3 procent van de gemeenten is de onderlinge samenwerking onderwerp van evaluatie.

Figuur 3.2 Aandacht voor evaluatie en monitoring (n= 150)



Bron: Panteia, 2013

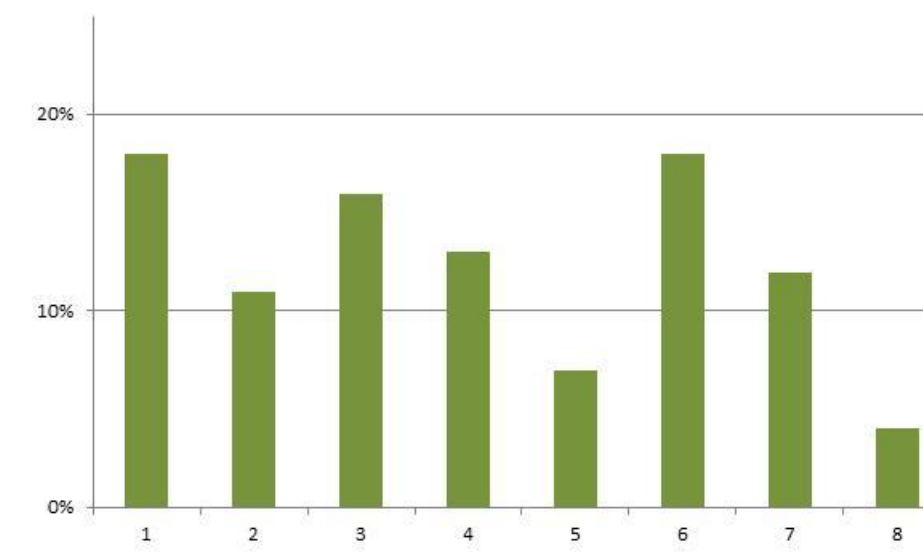
Gemeenten kleiner dan 50.000 inwoners besteden vaak geen aandacht aan evaluatie en monitoring. Gemeenten van 50-100.000 inwoners voeren vooral evaluaties/monitoring van de uitgevoerde projecten uit, gemeenten met meer dan 100.000 inwoners evalueren zowel de projecten als de onderlinge samenwerking.

Cijfer voor de mate van samenwerking

Gemeenten zijn gevraagd om een cijfer voor de mate waarin zij op dit moment met de zorgverzekeraar samenwerken. Hierbij staat 1 voor beginnende samenwerking en 10 voor vergevorderde samenwerking. In de beantwoording komt zowel het minimum- als maximumcijfer voor, gemiddeld geven gemeenten de mate van samenwerking een 4,2. **Figuur 3.3** toont de verdeling van de gemeenten over de verschillende antwoordcategorieën.



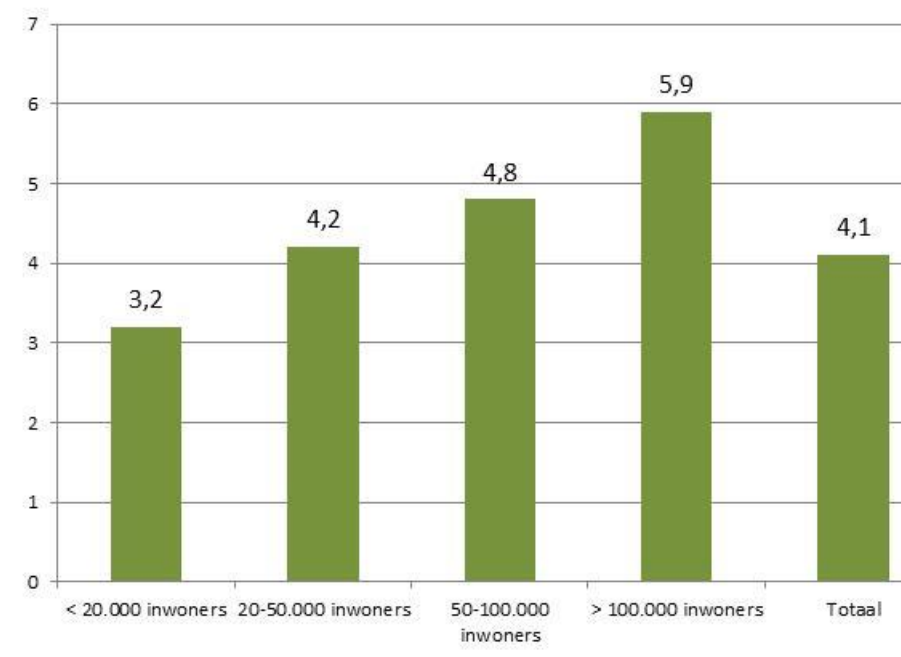
Figuur 3.3 Cijfer voor de mate waarin wordt samengewerkt⁷ (n=157)



Bron: Panteia, 2013

Grotere gemeenten geven vaker een hoog cijfer voor de mate van samenwerking dan kleinere gemeenten. Wanneer er sprake is van regionale samenwerking geldt juist dat zij een lager cijfer geven voor de samenwerkingsintensiteit.

Figuur 3.4 Gemiddeld cijfer voor de mate van samenwerking per gemeentegrootte



Bron: Panteia, 2013; CBS, 2013

Het is helder dat zorgverzekeraars in eerste instantie zijn gaan samenwerken met grote gemeenten⁸. Dit kan verklaren waarom grotere gemeenten positiever zijn over

⁷ Eén gemeente heeft een 9 en één gemeente heeft een 10 gegeven voor de mate van samenwerking met de zorgverzekeraar. In beide gevallen gaat het om minder dan 1%, waardoor deze antwoorden niet in de tabel zijn opgenomen.



de mate waarin zij samenwerken met de zorgverzekeraar dan kleinere gemeenten en regionale samenwerkingsverbanden.

3.3 Gezamenlijke activiteiten

De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars kent verschillende activiteiten. In de interviews zijn een aantal mogelijke activiteiten aan de gemeenten voorgelegd. Per activiteit hebben de gemeenten aangegeven of zij op deze wijze samenwerken met de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor.

Tabel 3.3 Gezamenlijke activiteiten van gemeenten en zorgverzekeraars/-kantoren⁹ Meerdere antwoorden mogelijk. (n = 158)

Vormen van samenwerking	Met	Met	Met	Niet
	zorgverzekeraar	zorgkantoor	beide	
Inkoop van collectieve zorgverzekering voor minima	69%	3%	3%	26%
Gezamenlijke projecten en pilots	14%	20%	17%	49%
Vaststellen van gezamenlijke doelstellingen	13%	14%	17%	56%
(Bespreeken) inzet van wijkteams	13%	8%	14%	65%
Verkennde gesprekken	12%	24%	56%	8%
Afstemming van beleid	11%	14%	19%	56%
Uitwisseling van kennis en informatie	10%	33%	42%	15%
Samenwerkingsafspraken met plan van aanpak	10%	6%	12%	72%
Ondersteuning bij inkoop van zorg	4%	21%	6%	70%
Gezamenlijke zorginkoop	1%	4%	1%	94%

Bron: Panteia, 2013

Het blijkt dat gemeenten vooral veel activiteiten samen met de zorgverzekeraar en het zorgkantoor oppakken. De belangrijkste activiteiten zijn het voeren van verkennende gesprekken en het uitwisselen van kennis en informatie. De belangrijkste activiteit met de zorgverzekeraar is – logischerwijs – de inkoop van de collectieve zorgverzekering voor minima¹⁰. Bij het zorgkantoor is het uitwisselen van kennis en informatie het meest voorkomend.

Combinaties van activiteiten

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen ook meerdere activiteiten gezamenlijk uitvoeren. Het blijkt dat zij gemiddeld 2,1 verschillende activiteiten met elkaar ondernemen¹¹. In totaal zijn er 121 combinaties van activiteiten vastgesteld. De volgende tabel toont een overzicht van de 8 meest voorkomende combinaties van activiteiten¹². Elke combinatie komt maar in beperkte mate voor.

⁸ Klaveren, S.M., E.P. Poortvliet, (2011) Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars rond preventie, Panteia – Research voor Beleid, Zoetermeer.

⁹ Omwille van de overzichtelijkheid zijn de totalen niet opgenomen. In deze tabel telt elke regel op tot 100%.

¹⁰ Adviesbureau BS&F dat gemeenten adviseert op het snijvlak van sociale zekerheid en zorg, meldt dat vrijwel alle gemeenten een collectieve zorgverzekering voor minima hebben afgesloten (telefonisch contact, 02.10.2013).

¹¹ Het minimum aantal activiteiten die gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar ondernemen is 1 en het maximum is 7.

¹² Er is gekozen voor de 8 meest genoemde combinaties, omdat na deze top-8 12 combinaties volgen die in gelijke mate zijn genoemd.



Tabel 3.4 Combinaties van samenwerkingsvormen (n = 158)

Nr.	Combinatie	%
1	Inkoop collectieve zorgverzekering / Gezamenlijke pilots en projecten	11%
2	Verkennde gesprekken / Inkoop collectieve zorgverzekering	9,8%
3	Inkoop collectieve zorgverzekering / (Bespreken) inzet wijkteam	7,3%
4	Uitwisseling van kennis en informatie / Inkoop collectieve zorgverzekering	5,1%
5	Verkennde gesprekken / Uitwisseling van kennis en informatie / Vaststellen van gezamenlijke doelstellingen / Afstemming beleid / Inkoop collectieve zorgverzekering	3,8%
6	Vaststellen van gezamenlijke doelstellingen / Inkoop collectieve zorgverzekering	3,2%
7	Vaststellen van gezamenlijke doelstellingen / Inkoop collectieve zorgverzekering / Gezamenlijke pilots en projecten / Samenwerkingsafspraken met plan van aanpak / (Bespreken) inzet wijkteams	3,0%
8	Inkoop collectieve zorgverzekering / Gezamenlijke pilots en projecten / Samenwerkingsafspraken met plan van aanpak / (Bespreken) inzet wijkteams	2,5%

Bron: Panteia, 2013

De inkoop van collectieve zorgverzekeringen voor minima vormen een belangrijke kern binnen de vastgestelde combinaties. Deze verzekeringen lijken als ingang te worden gebruikt voor verdere samenwerking.

Beginnende samenwerking

Het overzicht van (combinaties van) activiteiten laat zien dat de samenwerking zich in een beginnende fase begint. De focus ligt op verkennen, uitwisselen en gezamenlijke visievorming. Concrete activiteiten, zoals het uitvoeren van projecten, het inzetten van wijkteams en gezamenlijke inkoop, komen maar in beperkte mate voor.

3.4 Thema's van samenwerking

De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars omvat verschillende thema's. Aan de gemeenten zijn een aantal thema's voorgelegd met de vraag of op dit thema samenwerking plaatsvindt met de zorgverzekeraar¹³.

¹³ De tabel heeft enkel betrekking op de thema's waarop gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken. De gemeenten zijn - vanwege de focus van het onderzoek - niet gevraagd op welke thema's zij met de zorgkantoren samenwerken.



Tabel 3.5 Op welke van de volgende thema's werkt uw gemeente samen met de zorgverzekeraar?¹⁴
Meerdere antwoorden mogelijk. (n = 158)

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Weet niet</i>
Decentralisatie AWBZ	68%	29%	3%
Afstemmen zorg en welzijn	48%	48%	4%
Decentralisatie jeugdzorg	47%	31%	22%
Preventie en gezondheidsbevordering	42%	44%	14%
Dementiezorg	37%	50%	13%
Ontwikkeling woonservicegebieden	25%	65%	10%
Participatiewet	23%	60%	18%
Eén Loket functie	14%	82%	3%
Re-integratie / arbeidsparticipatie	14%	67%	19%
Valpreventie	11%	74%	16%
Maatschappelijke opvang	8%	88%	4%
Anders:	6%	94%	0%
GGZ / psychosociaal	2%	98%	0%
Armoedebeleid / schulden	1%	99%	0%
Wijkteams / wijkgericht werken	1%	99%	0%

Bron: Panteia, 2013

Belangrijke samenwerkingsthema's zijn de decentralisaties AWBZ en Jeugdzorg en het afstemmen van zorg en welzijn. Ook heeft 42% van de gemeenten binnen de samenwerking preventie/gezondheidsbevordering en 37% dementiezorg als onderwerp op de agenda staan.

Combinaties van thema's

De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars beperkt zich vaak niet tot 1 thema. Gemiddeld werken zij op 4,3 thema's met elkaar samen¹⁵. **Tabel 3.6** toont de tien meest voorkomende combinaties van thema's binnen de samenwerking, waarbij geldt dat elke combinatie maar in beperkte mate voorkomt.

¹⁴ Omwille van de overzichtelijkheid zijn de totalen niet opgenomen. In deze tabel telt elke regel op tot 100%.

¹⁵ Het minimum aantal thema's waarop wordt samengewerkt is 1, het maximum is 11.



Tabel 3.6 Tien meest voorkomende combinaties van thema's waarop de samenwerking plaatsvindt

Nr.	Themacombinatie	%
1	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg	7%
2	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg / Dementiezorg	5%
3	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg / Dementiezorg / Afstemmen zorg en welzijn / Woonservicegebieden / Preventie	4%
4	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg / Afstemmen zorg en welzijn / Preventie	4%
5	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg / Preventie	4%
6	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg / Afstemmen zorg en welzijn / Eén loket functie	4%
7	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg / Participatiewet / Afstemmen zorg en welzijn / Woonservicegebieden / Preventie / Dementiezorg	3%
8	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg / Afstemmen zorg en welzijn / Woonservicegebieden / Preventie	
9	Decentralisatie AWBZ / Inzet wijkteam	3%
10	Decentralisatie AWBZ / Decentralisatie Jeugdzorg / Afstemmen zorg en welzijn / Woonservicegebieden	2%

Bron: Panteia, 2013

3.5 Uitwisseling van kennis en informatie

Zorgverzekeraars hebben beschikking over gegevens die inzicht bieden in het zorggebruik in een gemeente, en gemeenten hebben data over de gezondheidssituatie van haar inwoners. Deze informatie kan worden benut om de lokale situatie in kaart te brengen en doelen vast te stellen.

Aan de gemeenten is gevraagd of er uitwisseling plaatsvindt met de zorgverzekeraar van de genoemde informatie. In driekwart van de gevallen vindt dergelijke uitwisseling niet plaats, 23% (n= 33) van de gemeenten wisselt dergelijke informatie wel uit.

Van de 33 gemeenten die informatie uitwisselen met de zorgverzekeraar, voeren 16 gezamenlijk een integrale analyse uit van de data van beide partijen, 17 gemeenten doen dit niet.

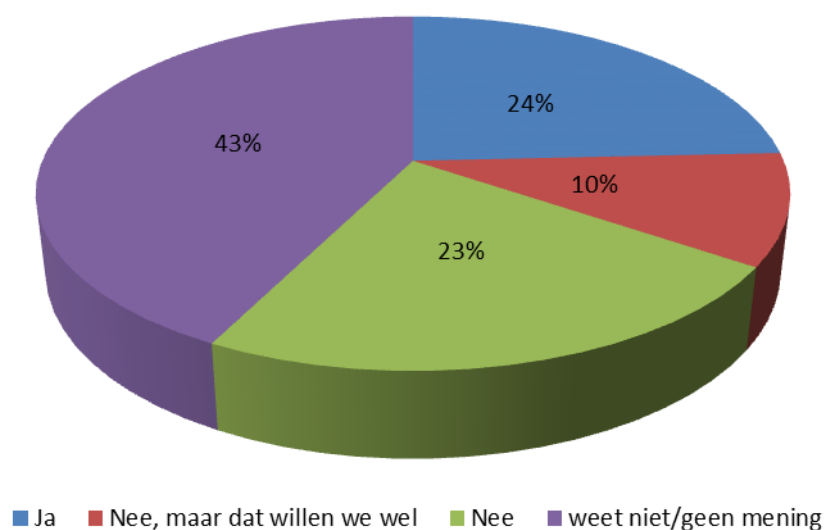
Tot slot hebben van 9 de 16 gemeenten de integrale analyse benut om gezamenlijke prioriteiten en/of doelen te stellen. De overige 7 gemeenten hebben dit (nog) niet gedaan.



3.6 Collectieve zorgverzekering voor minima

Collectieve zorgverzekeringen voor minima kunnen worden benut om gezondheidsbevorderende activiteiten voor het voetlicht te brengen. In totaal hebben 115 gemeenten een collectieve verzekering afgesloten bij een zorgverzekeraar¹⁶. Aan hen is gevraagd of zij gezondheidsbevorderende activiteiten expliciet aanbieden in deze verzekering. In de meeste gevallen is dit bij de respondent (43 procent) niet bekend. Bij bijna een kwart van de gemeenten maken dergelijke activiteiten geen onderdeel uit van de collectieve verzekering. Bij 24 procent van de gemeenten zijn dergelijke activiteiten wel opgenomen en 10 procent zou graag dergelijke activiteiten opnemen in de verzekering.

Figuur 3.5 Worden in de collectieve zorgverzekering voor minima gezondheidsbevorderende activiteiten expliciet aangeboden? (n=115)



Bron: Panteia, 2013

3.7 Gezamenlijke projecten

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen gezamenlijk projecten, pilots, experimenten en proeftuinen uitvoeren. Van de gemeenten onderneemt 34 procent samen met de zorgverzekeraar dergelijke projecten, 66 procent doet dit niet.

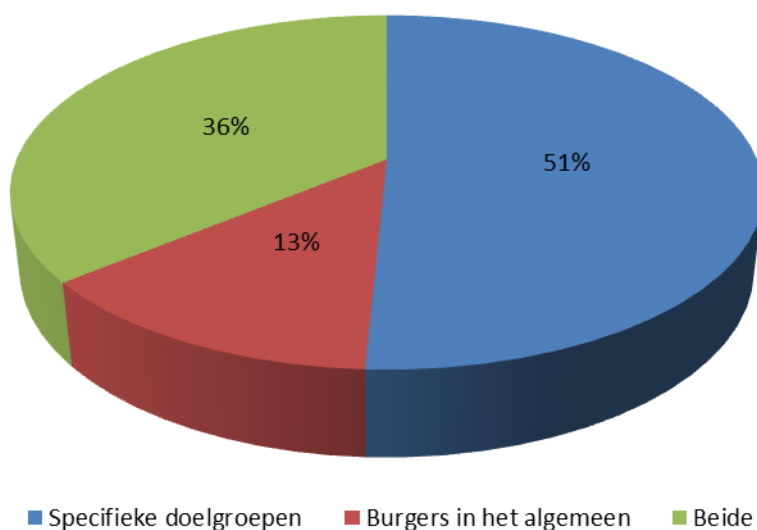
Focus op doelgroepen

De helft van de gemeenten en zorgverzekeraars focussen in dergelijke projecten op specifieke doelgroepen; en 36 procent richt de activiteiten zowel op burgers in het algemeen als specifieke doelgroepen. Van de gemeenten geeft 13 procent aan projecten uit te voeren, gericht op alle burgers.

¹⁶ Collectieve zorgverzekeringen voor minima worden in de regel afgesloten door de afdeling sociale zekerheid / werk en inkomen. Vanwege de insteek van het onderzoek zijn de meeste respondenten werkzaam op de afdeling maatschappelijke ondersteuning / samenleving. Het is aannemelijk dat de respondenten minder zicht hebben op eventuele door de gemeente afgesloten collectieve zorgverzekeringen voor minima. Hier ligt een kans voor gemeenten om beleid voor minima en ten aanzien van gezondheidsbevordering met elkaar te verbinden.



Figuur 3.6 Zijn de activiteiten gericht op specifieke doelgroepen, voor burgers in het algemeen of beide? (n=91)



Bron: Panteia, 2013

De gemeenten zijn gevraagd op welke doelgroepen zij zich richten in hun samenwerking met de zorgverzekeraar. Kwetsbare ouderen vormen een belangrijke doelgroep, en ook zijn er veel projecten gericht op mensen met psychosociale of meervoudige problemen.

Tabel 3.7 Op welke specifieke doelgroepen zijn de projecten gericht? Meerdere antwoorden mogelijk. (n=79)

(Kwetsbare) ouderen	80%
Personen met psychosociale problemen	57%
Personen met meervoudige problemen	52%
Mensen met een laag inkomen	51%
Personen met een chronische ziekte	50%
Personen met overgewicht	44%
Mantelzorgers	37%

Bron: Panteia, 2013

Uit nadere analyse blijkt dat projecten onder kinderen en jongeren vooral gericht zijn op het tegengaan van overgewicht, en onder ouderen vooral op mensen met een laag inkomen of met een chronische ziekten. Projecten gericht op psychosociale of meervoudige problematiek richten zich niet op een specifieke leeftijdsgroep.

Geografisch niveau

Activiteiten kunnen plaatsvinden op verschillende geografische niveaus. In de meeste gevallen werken gemeenten en zorgverzekeraars gemeentebreed of regionaal samen. In de helft van de samenwerkingsverbanden komen ook wijkgerichte projecten voor.



Tabel 3.8 Als we alle activiteiten en projecten waarbij u samenwerkt met de zorgverzekeraar in beschouwing nemen, vinden deze plaats in...? Meerdere antwoorden mogelijk. (n=90)

<i>Geografisch niveau</i>	<i>%</i>
Specifieke wijken en/of buurten	47%
Gemeentebreed	64%
Regionaal	58%

Bron: Panteia, 2013

De volgende tabel toont per schaalniveau of de projecten zich voornamelijk richten op specifieke doelgroepen en/of burgers in het algemeen. Het blijkt dat de regionale activiteiten het meest gericht zijn op specifieke doelgroepen.

Tabel 3.9 Kunt u per schaalniveau aangegeven of de activiteiten voornamelijk plaatsvinden voor specifieke doelgroepen of burgers in het algemeen?¹⁷

	<i>Specifieke doelgroepen</i>	<i>Burgers in het algemeen</i>
Wijk- en buurtgebonden activiteiten (n=45)	62%	38%
Gemeentebrede activiteiten (n=56)	67%	33%
Regionale activiteiten (n=46)	74%	26%

Bron: Panteia, 2013

Selectiecriteria wijk- en buurtgebonden projecten

Aan gemeenten die wijk- en buurtgebonden projecten hebben, is gevraagd op grond van welke criteria deze wijken en buurten zijn geselecteerd. De belangrijkste criteria zijn de sociaal economische status en het gezondheidsprofiel.

Tabel 3.10 Op grond waarvan zijn deze wijken en buurten geselecteerd? Meerdere antwoorden mogelijk. (n=45)

<i>Selectiecriteria</i>	<i>%</i>
Sociaal economische status	66%
Gezondheidsprofiel	62%
Vraag vanuit zorgaanbieders/hulpverleners	51%
Aanwezigheid samenwerkingsprojecten vanuit zorg- en hulpverleners	49%
Leefbaarheid	43%
Vraag vanuit bewoners	33%

Bron: Panteia, 2013

De wijken en buurten worden op grond van verschillende criteria geselecteerd. De vraag kan echter gesteld worden in hoeverre deze criteria elkaar ontlopen: zijn wijken die geselecteerd worden op grond van hun sociaal economische status inderdaad anders dan die geselecteerd worden op grond van hun gezondheidsprofiel en/of leefbaarheid.

Sociaal economische gezondheidsverschillen

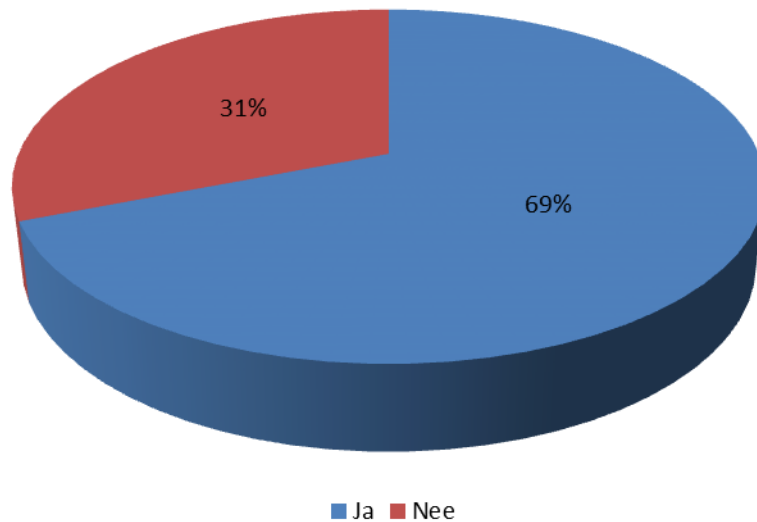
Sociaal economische gezondheidsverschillen vormen een belangrijk aandachtspunt bij gemeentelijke projecten en pilots. Naast de gezamenlijke activiteiten om sociaal economische gezondheidsverschillen tegen te gaan, voert twee derde van de gemeenten ook

¹⁷ Omwille van de overzichtelijkheid zijn de totalen niet opgenomen. In deze tabel telt elke regel op tot 100%.



zonder samenwerking met een zorgverzekeraar projecten en pilots uit om deze verschillen tegen te gaan.

Figuur 3.7 Voert uw gemeente zonder de samenwerking met een zorgverzekeraar projecten of pilots uit om sociaal economische gezondheidsverschillen tegen te gaan? (n=145)



Bron: Panteia, 2013

Grotere gemeenten voeren vaker dan kleinere gemeenten ook zonder de samenwerking met een zorgverzekeraar projecten uit om sociaal economische gezondheidsverschillen tegen te gaan.

3.8 Toekomst van de samenwerking

Vrijwel alle gemeenten (96 procent) hebben de wens om de contacten en/of de samenwerking met de zorgverzekeraar uit te breiden.

Gemeenten willen vooral (meer) uitwisseling van kennis en informatie, afstemming van beleid, vaststellen van gezamenlijke doelstellingen en gezamenlijke pilots en projecten. Ook willen vier van de vijf gemeenten met de zorgverzekeraar wijkteams inzetten of deze mogelijkheid gezamenlijk bespreken.



Tabel 3.11 Hoe wil uw gemeente deze contacten en/of de samenwerking *uitbreiden*? Meerdere antwoorden mogelijk. (n=149)

Vorm van samenwerking	%
Uitwisseling van kennis en informatie	96%
Afstemming van beleid	94%
Vaststellen van gezamenlijke doelstellingen	89%
Gezamenlijke pilots en projecten	87%
Inzet van wijkteams of het bespreken van de mogelijkheid daarvan	80%
Samenwerkingsafspraken met een plan van aanpak (convenant)	74%
Ondersteuning bij inkoop van zorg	64%
Gezamenlijke zorginkoop	50%
Inkoop collectieve zorgverzekering voor minima	11%
Anders	16%

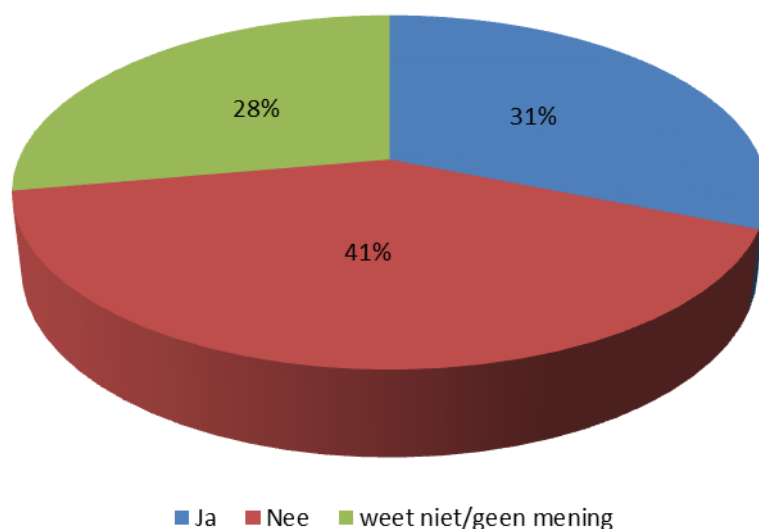
Bron: Panteia, 2013

Gemeenten van 20-100.000 inwoners willen vaker dan de andere gemeenten met de zorgverzekeraar projecten en pilots gaan uitvoeren. De grotere gemeenten (>50.000 inwoners) willen vaker dan kleinere gemeenten inzetten op een gezamenlijke zorginkoop. De grote gemeenten (>100.000 inwoners) zien het gezamenlijk inzetten van wijkteams als een belangrijke uitbreiding.

Samenwerking als onderwerp in lokale nota

Aan de gemeenten is gevraagd of de samenwerking met zorgverzekeraars als onderwerp is opgenomen in de lokale nota gezondheidsbeleid. Dit is bij bijna een derde van de gemeenten het geval, in ruim een kwart is bij de respondent niet bekend of dit onderwerp in de nota genoemd staat.

Figuur 3.8 Is de samenwerking met de zorgverzekeraar als onderwerp opgenomen in de lokale nota gezondheidsbeleid? (n=158)



Bron: Panteia, 2013

De samenwerking met de zorgverzekeraar maakt bij grotere gemeenten vaker onderdeel uit van de nota lokaal gezondheidsbeleid dan bij kleinere gemeenten.



3.9 Conclusies

Van de gemeenten heeft 89 procent contact met één of meerdere zorgverzekeraars en staat 11 procent van de gemeenten (nog) niet in verbinding met een zorgverzekeraar, ook niet via een samenwerkingsverband van gemeenten en/of de GGD. Belangrijkste reden om nog niet in overleg te zijn met een zorgverzekeraar is dat men eerst bepaalde beleidskeuzen wil maken.

Kenmerken

In de meeste gevallen verloopt het contact met een zorgverzekeraar via een regionaal samenwerkingsverband, daarnaast hebben meerdere gemeenten ook individuele contacten met een verzekeraar. De samenwerking vindt vooral bestuurlijk plaats en wordt in bijna een kwart van de gevallen begeleid door een adviesbureau. Het aantal convenanten neemt toe, maar driekwart van de gemeenten heeft (nog) geen convenant afgesloten. Kennis en informatie wordt volgens driekwart van de gemeenten niet uitgewisseld. Evaluatie en monitoring is geen standaard onderdeel binnen de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars: 59 procent van de gemeenten geeft aan dat hier geen aandacht aan wordt besteed.

Activiteiten

Het blijkt dat gemeenten vooral veel activiteiten samen met de zorgverzekeraar en het zorgkantoor oppakken. De belangrijkste activiteiten zijn het voeren van verkennende gesprekken en het uitwisselen van kennis en informatie. De belangrijkste activiteit met de zorgverzekeraar is – logischerwijs – de inkoop van de collectieve zorgverzekering voor minima.

Thema's

Belangrijke samenwerkingsthema's zijn de decentralisaties AWBZ en Jeugdzorg en het afstemmen van zorg en welzijn. Ook heeft 42% van de gemeenten binnen de samenwerking preventie/gezondheidsbevordering als onderwerp op de agenda staan.

Projecten en pilots

Een derde van de gemeenten voert samen met de zorgverzekeraar projecten en pilots uit. De meeste daarvan zijn gericht op specifieke doelgroepen. Activiteiten vinden meestal gemeentebreed of regionaal plaats. Wanneer projecten in wijken en buurten plaatsvinden, zijn de belangrijkste selectiecriteria van deze wijken de sociaal economische status en het gezondheidsprofiel.



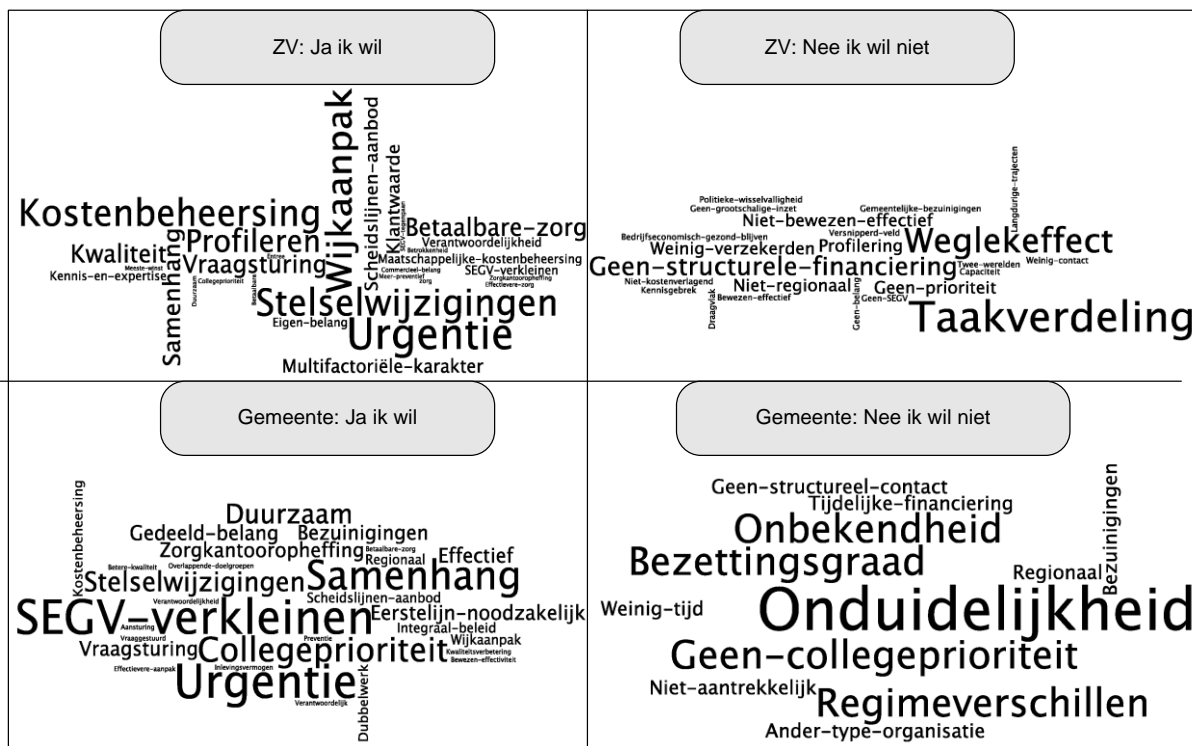
4 Terug- en vooruitblik

In dit hoofdstuk analyseren we de ontwikkelingen in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Dit doen we door allereerst kort de uitkomsten van eerder onderzoek door Panteia op dit terrein aan te halen (§4.1), en deze vervolgens te vergelijken met de uitkomsten van onderhavig onderzoek (§4.2). Op grond van de geleerde lessen geven we tot slot advies over mogelijk vervolgonderzoek.

4.1 Motievenmatrix voor samenwerking

In 2011 heeft Research voor Beleid (voorganger van Panteia) de motieven van zorgverzekeraars en gemeenten om met elkaar te gaan samenwerken onderzocht. De uitkomsten zijn verwerkt in een Motievenmatrix.

Deze Motievenmatrix is opgebouwd uit vier vakken. Aan de linkerzijde zijn zowel voor de zorgverzekeraars als gemeenten motieven opgenomen om de samenwerking op het gebied van preventie aan te gaan, ofwel 'Ja, ik wil...'. Beide partijen zijn goed in staat om hier (een aantal) motieven voor te noemen. Aan de rechterzijde van de matrix zijn voor beide partijen redenen genoemd waarom deze samenwerking niet aantrekkelijk of wenselijk is. Ook zijn drempels opgenomen die de totstandkoming van de samenwerking belemmeren. De argumenten zijn onderverdeeld in vier kwadranten.'



Research voor Beleid, 2011

Veel argumenten vóór samenwerking...

In de motievenmatrix zijn veel argumenten opgenomen waarom zorgverzekeraars en gemeenten met elkaar aan de slag willen (op het terrein van preventie). Wanneer er samenwerking bestaat, weet men daar tal van motieven voor te geven. De andere



helft van de matrix, daar waar samenwerking niet tot stand komt, is echter minder gevuld met motieven. Het grote aantal positieve motieven wekt de indruk dat er veel samenwerkingsprojecten tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventie zijn. Uit een inventarisatie van samenwerkingsprojecten blijkt echter dat deze samenwerking in de praktijk maar mondjesmaat wordt gerealiseerd¹⁸.

...maar er zijn drempels die de totstandkoming van projecten belemmeren...

Er zijn meerdere redenen waarom de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars niet (of moeizaam) tot stand komt. Alle zorgverzekeraars melden (vanuit commerciële motieven) de positieve kanten van de samenwerking met gemeenten, al stellen zij wel dat er om bedrijfseconomische redenen grenzen zijn aan hun mogelijkheden om dergelijke samenwerking aan te gaan. Deze grenzen zijn rechtsboven in de matrix genoemd.

Voor gemeenten geldt dat zij (graag) willen samenwerken met een zorgverzekeraar op het gebied van preventie, maar dat de samenwerking niet of moeizaam tot stand. Deze drempels zijn rechtsonder in de matrix weergegeven.

4.2 Ontwikkelingen in de samenwerking

Gevoel van urgentie neemt toe

Uit het onderzoek naar motieven voor samenwerking uit 2011 bleek dat zorgverzekeraars en gemeenten minder urgentie ervoeren om samen te werken dan in 2013. Nu de voorgenomen decentralisaties vorm krijgen en gemeenten beter zicht krijgen op wat dit van hen vraagt, lijkt het gevoel van urgentie onder gemeenten toegenomen. Het belang van samenwerking is inmiddels helder en resulteert ook in concrete stappen, namelijk het aangaan van een samenwerkingsrelatie met zorgverzekeraars.

Aantal samenwerkingsrelaties groeit

Uit de quickscan blijkt dat de vier grote zorgverzekeraars de samenwerking met gemeenten in toenemende mate vorm geven. Zo bepalen zij met welke gemeenten zij samen willen werken, geven zij het relatiebeheer vorm en werken aan nieuwe diensten voor gemeenten. Het aantal gemeenten waarmee zij contacten onderhouden, neemt daardoor toe.

Ook vanuit gemeenten bezien is het aantal samenwerkingsrelaties met zorgverzekeraars toegenomen. Inmiddels onderhoudt 87% van de gemeenten contacten met zorgverzekeraars. Dit percentage kan niet worden afgezet tegen eerder onderzoek¹⁹, maar aangezien toen al bleek dat bij meerdere gemeenten de samenwerking niet tot stand kwam, is de inschatting dat het percentage in 2011 (beduidend) dat samenwerkte met verzekeraars beduidend lager was.

Meer uitwisseling en kennis

Eén van de redenen waarom gemeenten in 2011 de samenwerking met de zorgverzekeraar niet tot stand kregen was een gebrek aan kennis over de taken en verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar. Mede dankzij de inzet van de zorgverzekeraars én de masterclasses van Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten lijkt de kennis bij gemeenten op dit punt toegenomen, al blijft het volgens de zorgverzekeraars een aandachtspunt.

¹⁸ Klaveren, S.M., van, F.M. van Vree (2011), Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars, inventarisatie, tussennotitie, Zoetermeer: Research voor Beleid.

¹⁹ Het onderzoek in 2011 was kwalitatiever van aard. Het aantal gemeenten dat is bevroegd was niet representatief.



Duidelijkere lijnen tussen zorgverzekeraar en gemeenten

Een andere drempel in de samenwerking was dat de gemeente niet de juiste contactpersoon bij de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor kon traceren. Uit de quickscan is dit knelpunt niet naar voren gekomen. Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat zorgverzekeraars hun relatiebeheer en contacten met gemeenten anders/nader hebben vormgegeven, en daardoor toegankelijker zijn geworden voor gemeenten.

Meer elkaars taal leren spreken en belangen begrijpen

Naast meer kennis over elkaars taken en verantwoordelijkheden leren zorgverzekeraars en gemeenten ook meer elkaars taal spreken en elkaars belangen begrijpen. In elke nieuwe samenwerkings-relatie is het nodig dat gemeenten en zorgverzekeraars tijd en energie besteden aan het elkaar leren kennen en begrijpen. En zeker aan de zijde van zorgverzekeraars speelt mee dat zij, omdat zij met meerdere gemeenten samenwerken, geleerde lessen vanuit de ene gemeente mee kunnen nemen naar de andere en zo beter weten waar zij op moeten letten en aandacht aan moeten schenken. Daarnaast ontwikkelen zij werkwijzen die dit proces ondersteunen (denk aan het preventiespel).

Preventie als aandachtspunt?

Het onderzoek in 2011 focuste op de samenwerking op het terrein van preventie. Voor sommige verzekeraars was het 'weglekeffect' een belangrijk motief om *niet* met gemeenten samen te werken op het terrein van gezondheidsbevordering. Dit effect komt ook uit de huidige quickscan naar voren, maar lijkt minder prominent te zijn. Het weglekeffect speelt vooral wanneer gezondheidsbevorderende activiteiten geen onderdeel (kunnen) uitmaken van een aanvullende verzekering. Ondanks dit effect zeggen twee van de vijf gemeenten op dit onderwerp samen te werken met een zorgverzekeraar.

De discussie rondom preventie wordt echter veel breder gevoerd dan gezondheidsbevordering alleen. Er is een duidelijke (en toenemende) inzet op vroegtijdige signalering en het toeleiden naar passende voorzieningen door een andere inrichting van de lokale zorg- en ondersteuningsinfrastructuur.

4.3 En de toekomst...

Het huidige onderzoek laat zien dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars toeneemt en dat het karakter van de samenwerking verandert. De verwachting is dat in de komende jaren de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars zal intensiveren en dat er nieuwe varianten zullen ontstaan. Om die reden kan het interessant zijn voor het Ministerie van VWS, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland om de ontwikkelingen in de samenwerking te monitoren.

Huidig onderzoek goede basis voor herhalingsmetingen

Met het huidige onderzoek is een goede basis gelegd voor verdere monitoring. De checklist voor zorgverzekeraars en de vragenlijst voor gemeenten lenen zich voor herhaalde afname. Dit geldt vooral voor het gemeentelijke onderzoeksdoel, aangezien dit kwantitatief van aard is. Uit herhalingsonderzoek zal onder meer blijken of men op meer niveaus gaat samenwerken, meerdere activiteiten gaat uitvoeren en/of nieuwe thema's oppakt. De interviews met zorgverzekeraars bieden interessante inzichten en vormen een waardevolle aanvulling op de enquête onder gemeenten.



Uitbreiding mogelijk

Bij vervolgmeting kunnen op grond van actualiteiten onderwerpen aan de checklist/vragenlijst worden toegevoegd, bijvoorbeeld rondom de collectieve verzekeringen. In de vragenlijst kan, wanneer gewenst, ook worden ingezoomd op onderwerpen als de effectiviteit van en/of drempels in de samenwerking. In elk geval is het wenselijk om de inrichting van het relatiebeheer en het lerend vermogen van de organisatie mee te nemen in de checklist voor zorgverzekeraars. In de vragenlijst voor gemeenten kunnen beoordelingsvragen een waardevolle aanvulling vormen.

Alternatieve bronnen

Er zijn ook andere bronnen op grond waarvan inzicht in de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten kan worden verkregen. Deze bronnen kunnen een aanvulling vormen op een herhaling van het huidige onderzoek. De volgende twee bronnen kunnen voor het Ministerie van VWS informatie opleveren:

1. (Openbare) onderzoeken: De verwachting is dat meer onderzoek zal worden uitgevoerd waarin de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars aan bod komt. Aan de hand van deze onderzoeken kunnen bepaalde onderwerpen die voor het ministerie van belang zijn, worden uitgediept. Evaluaties van gezamenlijke projecten kunnen bijvoorbeeld inzicht bieden in de praktijk van de samenwerking en eventuele drempels die daarin worden ervaren. Maatschappelijke kosten en baten analyses kunnen daarnaast meer inzicht geven in de effecten van de samenwerking (op het terrein van preventie).
2. Programma's ZonMw: In meerdere programma's van ZonMw worden projecten uitgevoerd waarin gemeenten en zorgverzekeraars contact met elkaar hebben of samenwerken. Denk bijvoorbeeld aan het programma Op Eén Lijn, gericht op samenwerkingsprojecten binnen de eerste lijn. Na het identificeren van dergelijke projecten kunnen de bijbehorende dossiers op relevante onderwerpen worden geanalyseerd.
3. Aanvullende interviews met bureaus die aan gemeenten ondersteuning bieden in dergelijke trajecten, om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen die zij waarnemen.



Bijlage 1 Tijdlijn

- 2011: Leidraad 'Samenwerken aan zorg en ondersteuning' van VNG en ZN
Hierin komen onder andere de succesvoorwaarden voor samenwerking en de afwegingen bij het inrichten van de samenwerking aan bod. De leidraad bevat ook tips hoe gemeenten zich kunnen voorbereiden op de opheffing van de zorgkantoren.
- 2011: Minitoolkit 'Samenwerken aan gezondheidsbevordering' van VNG en ZN
Hierin staan onder andere goede voorbeelden van samenwerking en een gespreksagenda voor het gezamenlijke gesprek tussen zorgverzekeraar en gemeente.
- 2012: VNG-enquête over gemeentelijke samenwerking met zorgverzekeraars/zorgkantoren.
- 2013 (jan) : Presentatie resultaten quickscan van goede voorbeelden van samenwerking op het gebied van (arbeids)participatie
- 2013: Leidraad 'Samen voor re-integratie' van VNG en ZN
De leidraad gaat in op het zogenaamde hart van de samenwerking op het terrein van re-integratie en sociale activering: meerwaarde, ambitie en inhoud. Tevens komen randvoorwaarden als procesregie, vertrouwensrelatie en organisatiekracht aan bod. De collectieve basis-aanvullende ziektekosten voor minima vormt een mooie basis om de samenwerking met zorgverzekeraars uit te bouwen naar participatie.
- 2013: Masterclass 'Aan de slag met zorgverzekeraars: Hoe organiseer ik dat?' (VNG Academie)
De masterclass is een initiatief van het Transitiebureau *Begeleiding in de Wmo*. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is actief betrokken bij het programma. Het Transitiebureau en ZN verkennen ook de ondersteuningsmogelijkheden voor zorgverzekeraars. Daarnaast is er ook een masterclass gericht op samenwerken op het terrein van re-integratie.
- 2013 (Juli) Presentatie uitkomsten en advies SROI
SROI-onderzoek *Welzijn + Zorg = WinWin* van Stads Advies in opdracht van de MOgroep. Stads Advies onderzocht projecten in de regio's Den Haag (dak- en thuislozen), Groningen (SamenOud), Zwolle (Meer Kracht, Minder Zorg) en Amersfoort (Thuisbegeleiding door stagiaires). Elke geïnvesteerde euro levert tussen de 1,64 – 2,97 op. De projecten zijn een initiatief van de betrokken welzijnsorganisaties. Advies om VIP-fondsen per regio op te zetten (Fonds Voor Innovatie en Preventie).





Bijlage 2 Checklist zorgverzekeraars

Introductie

Goedemorgen/middag, u spreekt met *Susan van Klaveren* van Panteia. Wij voeren in opdracht van het Ministerie van VWS een onderzoek uit naar de manier waarop gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken. Hierbij hebben we specifiek aandacht voor het onderwerp preventie. Bent u de contactpersoon waar het gaat om samenwerking met gemeenten? Zo ja: Mag ik u hierover een aantal vragen stellen? / Zo nee, wie kan mij hier meer over vertellen?

De uitkomsten van het gesprek worden anoniem verwerkt in de rapportage. In de rapportage worden geen uitspraken gedaan op grond waarvan uw organisatie kan worden herkend.

Contact met gemeenten

1. Met hoeveel gemeenten contact heeft uw organisatie contact? En met hoeveel regionale samenwerkingsverbanden?
2. Waaruit bestaan deze contacten? Zo mogelijk aantal gemeenten en/of samenwerkingsverbanden per vorm noteren.
 1. Verkennende gesprekken
 2. Uitwisseling van kennis en informatie
 3. Vaststellen van een gezamenlijke visie / doelstellingen
 4. Afstemming van beleid / maatregelen
 5. Inkoop collectieve zorgverzekering voor minima
 6. Uitvoering van afzonderlijke pilots / experimenten / projecten
 7. Convenant/samenwerkingsafspraken met uitvoeringsprogramma / plan van aanpak
 8. Inzet wijkteams of bespreken mogelijkheid daarvan
 9. Ondersteuning bij inkoop van zorg en ondersteuning
 10. Afspraken over gezamenlijke zorginkoop
3. De activiteiten die uw organisatie onderneemt, verschillen per gemeente. Wat bepaalt de variatie in aanpak? Te denken valt aan:
 - a. Omvang gemeente
 - b. Bestaande contacten
 - c. Initiatieven van gemeenten zelf
 - d. Hoge zorgconsumptie
 - e. Het aantal verzekerden
4. Op welk niveau vindt de samenwerking plaats?
 - a. Bestuurlijk/strategisch
 - b. Organisatorisch
 - c. Uitvoerend/operationeel

Afspraken

5. Met hoeveel gemeenten en/of regionale samenwerkingsverbanden heeft de samenwerking geleid tot de ondertekening van een intentieverklaring, convenant of samenwerkingsafspraken?



6. Indien dergelijke afspraken niet zijn gemaakt: Om welke redenen heeft uw organisatie dergelijke afspraken niet gemaakt? Op welke manier spreken uw organisatie en de gemeenten de intentie tot samenwerking uit?

Evaluatie en monitoring

7. Zijn er één of meerdere business cases opgesteld? Ja, zelf of gebruiken ze ook van anderen? Zo nee, waarom niet, nog bedoeling?
8. Evalueert u samen met gemeenten de onderlinge samenwerking en benut uw organisatie de uitkomsten om de samenwerking te verbeteren? Zo ja, hoe vaak en hoe vindt evaluatie plaats?
9. Evalueert en monitort uw organisatie de uitvoering van projecten en pilots? Hoe gaat uw organisatie om met de resultaten?

Pilots, experimenten en projecten

Uw organisatie voert samen met gemeenten pilots, experimenten en projecten uit, eventueel vanuit een uitvoeringsprogramma en/of plan van aanpak. De volgende vragen gaan over deze activiteiten.

10. Zijn de activiteiten **voornamelijk** gericht op specifieke doelgroepen of specifieke wijken en/of buurten?
 - a. Op welke doelgroepen ligt de focus?
 - b. Ligt de focus van de samenwerking op de zogenoemde achterstands-, kracht- of prachtwijken?
11. Zijn deze activiteiten gebaseerd op een integrale analyse van de lokale problematiek? Met integrale analyse bedoel ik dat een analyse is gemaakt van de informatie over zorgconsumptie van de zorgverzekeraar en kennis van de gemeente tezamen.
12. Zijn de activiteiten ook toegankelijk en/of te benutten door verzekerden van derden?

Preventie

13. In hoeverre speelt gezondheidsbevordering een rol binnen de samenwerkingsprojecten? Zo ja, waarom en op welke manier? Zo nee, waarom niet?
14. Welke type maatregelen worden genomen? Gericht op gezondheidsbescherming, ziektepreventie of gezondheidsbevordering?
15. Wat is de doelgroep van de gezondheidsbevorderende activiteiten? Focus op universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie of zorggerelateerde preventie?
16. Uw organisatie biedt aan meerdere gemeenten collectieve zorgverzekeringen voor minima aan. Worden in deze verzekering ook gezondheidsbevorderende activiteiten expliciet aangeboden? Zo ja, wat voor activiteiten? Zo nee, waarom niet?

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking.



Bijlage 3 Enquête onder gemeenten

Introductie

Goedemorgen/middag, u spreekt met <naam enquêteur> van Panteia. Kunt u mij doorverbinden met de afdeling maatschappelijke ondersteuning en/of de afdeling die zich bezig houdt met wonen, welzijn en zorg?

Na doorverbinden:

Goedemorgen/middag, u spreekt met <naam enquêteur> van Panteia. Wij voeren in opdracht van het Ministerie van VWS een onderzoek uit naar de manier waarop gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken. Met wie binnen uw afdeling kan ik hier het beste over spreken?

Enq.: Het gaat om een persoon die zicht heeft op de activiteiten die de gemeente samen met de zorgverzekeraar uitvoert. Het gaat om een persoon die zicht heeft op de gezamenlijke activiteiten met de zorgverzekeraar en **niet** het zorgkantoor.

Dit kunnen verkennende gesprekken zijn, uitwisseling van informatie, gezamenlijke inkoop van zorg en gezamenlijke preventieprojecten.

De medewerker die zich bezighoudt met minima/mensen met een uitkering, bijvoorbeeld de verantwoordelijke voor de inkoop van de collectieve zorgverzekering, willen we **niet** spreken omdat deze persoon geen zicht heeft op zorg en welzijn in den brede en ook niet op gezondheidsbevordering.

Met persoon aan de lijn: Mag ik u hierover een aantal vragen stellen?

Indien andere persoon: Wie kan mij hier meer over vertellen?

Contact met zorgverzekeraars

1. A) Heeft uw gemeente contact met 1 of meerdere zorgverzekeraars?
 - Ja, met één
 - Ja, met meerdere
 - Nee → Vraag 1b
 - Weet niet

- 1b. Heeft uw gemeente vanuit een samenwerkingsverband van gemeenten of via de GGD contact met zorgverzekeraars?
 - Ja, wel in samenwerkingsverband
 - Ja, wel via GGD
 - Nee → Zie vraag 22
 - Weet niet

2. Met welke zorgverzekeraar(s) heeft uw gemeente contact? [Meerdere antwoorden mogelijk]
 - Achmea/Agis
 - Coöperatie VGZ
 - Menzis
 - CZ
 - Anders, namelijk
 - Weet niet



3. Samenwerking kan bestuurlijk, organisatorisch of operationeel plaatsvinden. Op welke niveaus werkt uw gemeente samen met de zorgverzekeraar? Meerdere antwoorden mogelijk. *Oplezen.*
- Bestuurlijk
 - Organisatorisch
 - Operationeel
 - Weet niet
4. A. Heeft uw gemeente deze contacten met de zorgverzekeraar individueel, in regionaal verband of beide ?
- Individueel contact
 - Contact in regionaal verband
 - Zowel individueel als regionaal
 - Weet niet
- 4b. Om welke regio of samenwerkingsverband gaat het?
Indien V004a is b of c
- ...
- Zet erbij of het om de naam van een regio of samenwerkingsverband gaat!*
- 4c. Hoeveel gemeenten nemen deel aan dit samenwerkingsverband?
Indien V004a is b of c
- ... [Numeriek]
 - ... [Numeriek]
 - ... [Numeriek]
 - Weet niet
5. Maakt uw gemeente gebruik van een adviesbureau, dat uw gemeente ondersteunt in de samenwerking? Enq: BS&F is een voorbeeld van zo'n bureau.
- Ja
 - Nee
 - Weet niet
6. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars kent verschillende vormen. Ik benoem een aantal vormen. Kunt u per vorm aangeven of uw gemeente op deze wijze samenwerkt en of dit gebeurt met de zorgverzekeraars of het zorgkantoor? [Meerdere antwoorden mogelijk]
- Verkennende gesprekken
 - Uitwisseling van kennis en informatie
 - Vaststellen van een gezamenlijke doelstellingen
 - Afstemming van beleid
 - Inkoop collectieve zorgverzekering voor minima
 - Gezamenlijke pilots en projecten
 - Samenwerkingsafspraken met een plan van aanpak (Convenant)
 - Inzet van wijkteams of het bespreken van de mogelijkheid daarvan
 - Ondersteuning bij inkoop van zorg
 - Gezamenlijke zorginkoop
 - Gemeente is lid van Raad van Toezicht zorgkantoor
 - Anders, namelijk...
Antwoordcategorieën:
 - Ja, met zorgverzekeraar
 - Ja, met zorgkantoor



- Ja, met beide
 - Ja, maar weet niet met welke van de twee
 - Nee
 - Weet niet
7. U heeft van een aantal vormen aangegeven dat uw gemeente op deze wijze samenwerkt met de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor. Doet uw gemeente dit individueel of in regionaal verband?
Indien V004 = b of c. Alleen antwoorden V006 = a, b, c of d (de ja-antwoorden) voorleggen
- Verkennende gesprekken
 - Uitwisseling van kennis en informatie
 - Vaststellen van een gezamenlijke visie / doelstellingen
 - Afstemming van beleid / maatregelen
 - Inkoop collectieve zorgverzekering voor minima
 - Uitvoering van afzonderlijke pilots / experimenten / projecten
 - Samenwerkingsafspraken plan van aanpak (Convenant)
 - Inzet wijkteams of bespreken mogelijkheid daarvan
 - Ondersteuning bij inkoop van zorg en ondersteuning
 - Afspraken over gezamenlijke zorginkoop
 - Anders, namelijk...
Antwoordcategorieën:
 - Ja, individueel
 - Ja, regionaal
 - Beide
 - Weet niet
8. Op welke van de volgende thema's werkt uw gemeente samen met de zorgverzekeraar? [Meerdere antwoorden mogelijk] *Oplezen.*
- Decentralisatie AWBZ
 - Decentralisatie Jeugdzorg
 - Participatiewet
 - Afstemmen zorg en welzijn
 - Ontwikkeling van woonservicegebieden
 - Eén loket functie
 - Preventie en gezondheidsbevordering (Wpg)
 - Dementiezorg
 - Valpreventie
 - Re-integratie / arbeidsparticipatie
 - Maatschappelijke opvang (alleen centrumgemeenten)
 - Anders, namelijk...
 - Weet niet
9. Evalueren of monitoren de zorgverzekeraar en uw gemeente de onderlinge samenwerking en/of de uitgevoerde projecten?
- Ja, de onderlinge samenwerking
 - Ja, de projecten
 - Ja, beide
 - Nee
 - Weet niet



Uitwisseling van kennis en informatie

Indien V006 = b

Ik wil u nu enkele vragen stellen over het uitwisselen van kennis en informatie.

10. Wisselt uw gemeente informatie uit met de zorgverzekeraar over de gezondheidssituatie van de burgers enerzijds en het zorggebruik anderzijds?
- Ja
 - Nee
 - Weet niet
11. Heeft er naast uitwisseling een integrale analyse van deze informatie plaatsgevonden? Met integrale analyse bedoel ik dat een analyse is gemaakt van de informatie over zorgconsumptie van de zorgverzekeraar en kennis van de gemeente tezamen.

Indien V010 = a

- Ja
 - Nee
 - Weet niet
12. Zijn op grond van deze analyse gezamenlijke prioriteiten en/of doelstellingen vastgesteld?

Indien V011 = a

- Ja
- Nee
- Weet niet

Collectieve zorgverzekering voor minima

Indien V006 = e

13. Ik wil u nu een vraag stellen over de collectieve zorgverzekering voor minima die uw gemeente heeft afgesloten. Worden in deze verzekering gezondheidsbevorderende activiteiten expliciet aangeboden?
- Ja
 - Nee, maar dat willen we wel
 - Nee
 - Weet niet

Projecten/pilots en experimenten

14a. Voert uw gemeente samen met de zorgverzekeraar projecten of pilots uit? Te denken valt aan preventieprojecten, zoals de beweegkuur

Controlevraag indien V006 is **niet** f.

- Ja -> vraag 14 b
- Nee -> vraag 18
- Weet niet -> vraag 18

Inleiding Indien V006 = f, g: Uw gemeente voert samen met de zorgverzekeraar pilots, experimenten en projecten uit, eventueel vanuit een uitvoeringsprogramma en/of plan van aanpak. De volgende vragen gaan over deze activiteiten.



14. b) Zijn de activiteiten gericht op specifieke doelgroepen en/of voor burgers in het algemeen? [Meerdere antwoorden mogelijk]
 Indien V006 = f, g
- Ja, specifieke doelgroepen
 - Ja, burgers in het algemeen
 - Ja, beide
 - Nee
 - Weet niet
15. Om welke van de volgende doelgroepen gaat het? Per doelgroep willen we graag weten of het gaat om kinderen/jongeren, volwassenen of beide.
 Indien V014 = a, c
- Personen met overgewicht
 - Personen met psychosociale problemen
 - Personen met een chronische ziekte
 - Personen met meervoudige problematiek
 - (Kwetsbare) ouderen (indien ja, klik volwassenen aan)
 - Mensen met een laag inkomen (indien ja, klik volwassenen aan)
 - Mantelzorgers
 - Weet niet
- Antwoordcategorieën
- Kinderen/jongeren
 - Volwassenen
 - Beide
 - Niet van toepassing
- 16a. Vinden de activiteiten plaats in specifieke wijken, gemeentebreed en/of regionaal plaats? Meerdere antwoorden mogelijk.
- Specifieke wijken en/of buurten
 - Gemeentebreed
 - Regionaal
 - Weet niet
- 16b. Kunt u per schaalniveau aangeven of de activiteiten *voornamelijk* plaatsvinden voor specifieke doelgroepen? Meerdere antwoorden mogelijk. *Oplezen.*
Alleen schaalniveaus die bij 16a zijn aangekruist.
- De wijk- en buurtgebonden activiteiten
 - De gemeentebrede activiteiten
 - De regionale activiteiten
 - Weet niet
- 16c. U geeft aan dat de activiteiten plaatsvinden in specifieke wijken en buurten. Op grond waarvan zijn deze wijken en buurten geselecteerd? Meerdere antwoorden mogelijk.
 Indien V014 = b, c
- Leefbaarheid
 - sociaal economische status
 - Vraag vanuit zorgaanbieders/hulpverleners
 - Vraag vanuit bewoners
 - Gezondheidsprofiel
 - Aanwezigheid samenwerkingsprojecten vanuit zorg- en hulpverleners
 - Anders, namelijk...
 - Weet niet



16. Voert uw gemeente ook zonder de samenwerking met een zorgverzekeraar projecten of pilots uit om sociaal economische gezondheidsverschillen tegen te gaan?
- Ja
 - Nee
 - Weet niet

Eventuele uitbreiding samenwerking

17. Heeft uw gemeente de wens om de contacten en/of samenwerking met de zorgverzekeraar(s) uit te breiden?
- Ja
 - Nee
 - Weet niet

18. Op welke wijze wilt uw gemeente deze contacten en/of samenwerking uitbreiden?
Categorieën voorlezen. [Meerdere antwoorden mogelijk]

Indien V018 = a

- Uitwisseling van kennis en informatie
- Vaststellen van een gezamenlijke visie / doelstellingen
- Afstemming van beleid / maatregelen
- Inkoop collectieve zorgverzekering voor minima [niet indien v006e = ja]
- Gezamenlijk pilots / experimenten / projecten
- Samenwerkingsafspraken plan van aanpak (Convenant)
- Inzet wijkteams of bespreken mogelijkheid daarvan
- Ondersteuning bij inkoop van zorg en ondersteuning
- Afspraken over gezamenlijke zorginkoop
- Anders, namelijk...

NB: bovenstaande categorieën aanpassen zoals bij V006.

19. Is de samenwerking met de zorgverzekeraar als onderwerp opgenomen in de lokale nota gezondheidsbeleid?
- Ja
 - Nee
 - Weet niet
20. Wat voor cijfer geeft u voor de mate waarin uw gemeente op dit moment met de zorgverzekeraar samenwerkt? We gaan hierbij uit van een schaal van 1 tot en met 10, waarbij 1 staat voor beginnende samenwerking en 10 voor vergevorderde samenwerking.
- ...
 - Weet niet

Geen samenwerking met zorgverzekeraar

21. Uw gemeente heeft geen contact met zorgverzekeraars. Waarom niet?
Indien v001 = c
- ... (open vraag)



22b. Verwacht u dat uw gemeente in het komende jaar in gesprek gaat met een zorgverzekeraar over eventuele samenwerking?

- Ja
- Nee
- Weet niet

22c. Waarom verwacht u dat uw gemeente in de komende jaar dit gesprek zal aangaan?

- ... (open vraag)

22d. Waarom verwacht u dat niet?

- ... (open vraag)

Afsluiting

Tot slot wil ik u nog enkele vragen stellen.

22. Wat is de naam van de afdeling waar u werkt?

- ... (open vraag)

23. Wat is de naam van uw functie?

Enq: Niet algemeen benoemen (beleidsmedewerker) maar specifiek, bijvoorbeeld 'beleidsadviseur lokaal gezondheidsbeleid'.

- ... (open vraag)

24. Deze enquête is onderdeel van een monitor waarmee de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars wordt gemonitord. Mogen we u in dit kader eventueel nogmaals benaderen?

- Ja
- Nee

25. Wilt u het onderzoeksrapport ontvangen wanneer deze openbaar is?

- Ja
- Nee

26. Dan wil ik graag uw contactgegevens noteren:

(indien v23=a en/of v24=a)

Naam:

Telnr.:

Email:

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking.



Tabellen

Tabel 3.1	Op welke niveaus werkt uw gemeente samen met de zorgverzekeraar? .	17
Tabel 3.2	Samenwerkingsniveaus (n=150)	17
Tabel 3.3	Gezamenlijke activiteiten van gemeenten en zorgverzekeraars/-kantoren Meerdere antwoorden mogelijk. (n = 158).....	20
Tabel 3.4	Combinaties van samenwerkingsvormen (n = 158)	21
Tabel 3.5	Op welke van de volgende thema's werkt uw gemeente samen met de zorgverzekeraar?	22
Tabel 3.6	Tien meest voorkomende combinaties van thema's waarop de samenwerking plaatsvindt.....	23
Tabel 3.7	Op welke specifieke doelgroepen zijn de projecten gericht? Meerdere antwoorden mogelijk. (n=79)	25
Tabel 3.8	Als we alle activiteiten en projecten waarbij u samenwerkt met de zorgverzekeraar in beschouwing nemen, vinden deze plaats in...? Meerdere antwoorden mogelijk. (n=90)	26
Tabel 3.9	Kunt u per schaalniveau aangegeven of de activiteiten voornamelijk plaatsvinden voor specifieke doelgroepen of burgers in het algemeen? ..	26
Tabel 3.10	Op grond waarvan zijn deze wijken en buurten geselecteerd? Meerdere antwoorden mogelijk. (n=45)	26
Tabel 3.11	Hoe wil uw gemeente deze contacten en/of de samenwerking <i>uitbreiden</i> ? Meerdere antwoorden mogelijk. (n=149).....	28



Figuren

Figuur 3.1	Aantal samenwerkingsverbanden waarin gemeenten en zorgverzekeraars elkaar treffen	16
Figuur 3.2	Aandacht voor evaluatie en monitoring (n= 150)	18
Figuur 3.3	Cijfer voor de mate waarin wordt samengewerkt (n=157)	19
Figuur 3.4	Gemiddeld cijfer voor de mate van samenwerking per gemeentegrootte	19
Figuur 3.5	Worden in de collectieve zorgverzekering voor minima gezondheidsbevorderende activiteiten expliciet aangeboden? (n=115)	24
Figuur 3.6	Zijn de activiteiten gericht op specifieke doelgroepen, voor burgers in het algemeen of beide? (n=91)	25
Figuur 3.7	Voert uw gemeente zonder de samenwerking met een zorgverzekeraar projecten of pilots uit om sociaal economische gezondheidsverschillen tegen te gaan? (n=145)	27
Figuur 3.8	Is de samenwerking met de zorgverzekeraar als onderwerp opgenomen in de lokale nota gezondheidsbeleid? (n=158)	28

