



Preventie en de gemeentepolis

Februari 2017

Dokter Klinkertweg 10c
8025 BS Zwolle

T. 038 - 455 29 20

I. www.bsenf.nl

E. info@bsenf.nl



Inhoudsopgave

1. Het onderzoek.....	3
2. De gemeentepolis	4
3. Onderzoeksbevindingen	5
3-I Zorgverzekeraars gaan verschillend om met preventie en de rol van de gemeentepolis daarbij	6
3-II De betekenis van de gemeentepolis bij preventie gaat verder dan alleen polisvoorwaarden	15
4. Case beschrijvingen.....	18
5. Slotbeschouwing: bouwstenen voor verbinding.....	24
Bijlagen	26

1. Het onderzoek

Gemeentepolis als voertuig om preventie te ontsluiten?

Op 25 maart 2016 verscheen de Kamerbrief *Preventie in het zorgstelsel; van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten*. Hierin beschrijft het ministerie van VWS de complexiteit om preventie te borgen in het zorgstelsel, alsmede haar inzet om dit te doorbreken. In het verlengde van deze brief heeft het ministerie BS&F verzocht te onderzoeken welke rol de gemeentepolis¹ heeft, en kan hebben, om selectieve preventie (-interventies) toegankelijk te maken voor mensen met een laag inkomen en een grote zorgbehoefte.

Focus op de invalshoeken inhoud, financiering, organisatie en bereik

Gezien de aard van de gemeentepolis staat de relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars centraal in het onderzoek. Daarbij is niet alleen gekeken naar de feitelijke *inhoud* van de gemeentepolis (welke vergoedingen zijn opgenomen in de gemeentepolis?) maar ook naar de wijze van *financiering* (is er sprake van een individuele aanspraak of andere vorm?), hoe de preventie *georganiseerd* is (wie zijn betrokken en hoe is de preventieketen ingericht?) en ten slotte de wijze waarop deelnemers worden *bereikt* met het aanbod (wie informeert potentiële deelnemers en wie worden bereikt?). Specifieke aandacht is uitgegaan naar 'cases': concrete ervaringen met preventie in de gemeentepolis en de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar daarbij. Ook bij deze cases is gekeken naar de aspecten inhoud, financiering, organisatie en bereik.



Onderzoek via desk research, interviews en verificatierondes

Het onderzoek is gestart met een analyse van preventievergoedingen² in de gemeentepolissen. Hierbij is gebruik gemaakt van de applicatie *Z-analyse* van Zorgweb³ en van de betreffende polisvoorwaarden. Vervolgens zijn zorgverzekeraars geïnterviewd over hun visie op preventie, de rol van de gemeentepolis daarbij en concrete cases⁴. Als bron voor cases en ervaringen is ook gebruik gemaakt van de resultaten van een uitvraag van de VNG onder gemeenten⁵. Op basis van deze input (dekkingsanalyse, interviews, VNG uitvraag) is een conceptrapport opgesteld. Dit concept is verrijkt in een tweetal sessies: een meeting met betrokken deskundigen en een bespreking met een kopgroep van gemeenten⁶. De case beschrijvingen zijn ter verificatie voorgelegd aan de betreffende zorgverzekeraar. Alle bevindingen en verrijkingen tezamen zijn verwoord in voorliggend rapport.

Leeswijzer: via conclusies en cases naar een wenkend perspectief

Dit rapport introduceert eerst de gemeentepolis, geeft vervolgens de conclusies van dit onderzoek (in de hoofdstukken 3-I en 3-II), beschrijft relevante cases en geeft als laatste een slotbeschouwing op de rol van de gemeentepolis bij preventie. Dekkingsoverzichten en onderzoeksverantwoording zijn als bijlagen ingevoegd.

¹ Zie ook hoofdstuk 2 voor een korte beschrijving van de gemeentepolis.

² Hierbij is waar mogelijk ook ingezoomd op de zorginkoop en de inclusiecriteria voor deelname.

³ Zorgweb verzamelt en beoordeelt informatie van polissen op de zorgverzekeringsmarkt. Met hun applicatie *Z-analyse* kunnen vergoedingen en premies van verschillende zorgverzekeringen geraadpleegd en vergeleken worden.

⁴ Zie ook het interviewformat en het interviewoverzicht in bijlagen II en III.

⁵ Uitvraag VNG in kader van *Samenwerkingsagenda VNG-ZN*, thema 'preventie', oktober 2016.

⁶ Zie ook de deelnemerslijsten van beide sessies in bijlage IV.

2. De gemeentepolis

Van gemeentelijk armoedebeleid naar integraal sociaal domein

Sinds 1997 wordt de gemeentepolis ingezet om inwoners in een kwetsbare positie laagdrempelig toegang te bieden tot zorg en ondersteuning. Inmiddels gebruikt 98% van de gemeenten dit instrument. De gemeentepolis heeft haar 'roots' in het gemeentelijke armoedebeleid (bijzondere bijstand voor medische kosten), maar heeft zich ontwikkeld tot een instrument dat het bredere sociale domein ondersteunt. Zo zetten de meeste gemeenten de gemeentepolis ook in om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor hun meerkosten voor zorg (een toegenomen gemeentelijke verantwoordelijkheid met het afschaffen van de Wtcg en CER⁷). Daarnaast vervult de gemeentepolis een steeds grotere rol bij het voorkomen en tegengaan van schulden, alsmede het re-integreren van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt⁸. Bovendien worden sinds kort ervaringen opgedaan met het ontsluiten van preventie via de gemeentepolis – de kern van dit onderzoek.

Polis én voorziening

Negen zorgverzekeraars bieden een gemeentepolis, zoals via de AV Frieso (De Friesland) en de Garant Verzorgd (Menzis). Deze polissen bestaan uit drie bouwstenen: uiteraard een basisverzekering (overwegend een reguliere naturopolis met de mogelijkheid tot het verzekeren van het verplicht eigen risico), daarbovenop de keuze uit aanvullende verzekeringen (reguliere aanvullende verzekeringen zoals ook individueel af te sluiten) en ten slotte de gemeentespecifieke uitbreidingen (zorgkosten die gemeenten via de gemeentepolis willen compenseren)⁹. De gemeentepolis is daarmee een collectieve zorgverzekering én een gemeentelijke voorziening. Gemeenten maken bij het inrichten van de gemeentepolis eigen keuzes over dekking (wat wil men verzekeren), toegang (voor welke inkomens wordt de voorziening opengesteld) en financiële bijdrage (welke bijdrage geeft de gemeente in de premie van de gemeentepolis).

Varianten van de gemeentepolis

Overigens bestaat dé gemeentepolis niet. Sowieso verschillen gemeentepolissen tussen zorgverzekeraars. En ook daarbinnen is keuzevrijheid: een meer of minder uitgebreide polis en mogelijkheden om het verplicht eigen risico te verzekeren. In totaal bestaan er bijna 200 combinaties¹⁰. In dit onderzoek is met name ingegaan op het meest gekozen pakket per zorgverzekeraar, met een gemiddelde gemeentelijke bijdrage van € 340,- per jaar.

Betrokkenheid doelgroep

Doelgroep van de gemeentepolis zijn mensen met een grote zorgbehoefte en/of een laag inkomen¹¹. Van hen neemt inmiddels ruim 55% deel aan de gemeentepolis¹², oftewel circa 650.000 Nederlanders. Zij zijn betrokken bij de (door)ontwikkeling van de gemeentepolis, direct via klanttevredenheidsonderzoeken en expertsessies, en indirect via vertegenwoordigende organen zoals Wmo- en Cliëntenraden.

⁷ Ieder(in) en BS&F, *Compensatie van meerkosten via de gemeentelijke zorgverzekering*, december 2014, https://iederin.nl/downloads/dl.php?l=584_Iederin_-_Marktbeeld_2015_definitief.pdf

⁸ VNG en ZN, *Samen voor re-integratie*, www.bsenf.nl/uploads/0000/0348/samen_voor_re-integratie_20130124.pdf

⁹ Bij meerdere gemeentepolissen zijn deze uitbreidingen geïntegreerd met de aanvullende verzekering (integrale maatwerkpolis).

¹⁰ Op www.gezondverzekerd.nl worden nagenoeg alle gemeentepolissen getoond. De website, een initiatief van BS&F, heeft als doel mensen te informeren over en te faciliteren bij het vergelijken en eventueel aanvragen van deze polissen.

¹¹ Gemeenten kiezen (vanwege het risico op schulden) er bewust voor om geen gemeentepolissen te voeren die alleen een basisverzekering kennen, of strikte zorgcontractering, of een vrijwillig eigen risico. Mensen met een laag inkomen maar weinig (verwachte) zorgkosten worden met de gemeentepolis over het algemeen dan ook (bewust) niet bereikt. Dit vertekent het deelnamecijfer uiteraard.

¹² Ieder(in), *Informatieblad gemeentelijke zorgverzekering*, juli 2016,

https://iederin.nl/downloads/dl.php?l=989_Informatieblad_stappenplan_gemeentelijke_zorgverzekering_juli_def2016.pdf

3. Onderzoeksbevindingen

Dit rapport beschrijft op welke wijze met de gemeentepolis invulling wordt gegeven aan selectieve preventie. Hierbij staat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars centraal, gegeven de tweezijdigheid van de gemeentepolis: een collectieve zorgverzekering en een gemeentelijke voorziening. Na analyse van het onderzoeksmateriaal – dekkingsanalyses, interviewverslagen, uitvraag onder gemeenten, case beschrijvingen en twee review sessies – komen twee centrale onderzoeksconclusies naar voren. Namelijk:

- I. Zorgverzekeraars gaan verschillend om met preventie en de rol van de gemeentepolis daarbij*

- II. De betekenis van de gemeentepolis bij preventie gaat verder dan alleen polisvoorwaarden*

In dit hoofdstuk beschrijven wij hoe we tot deze conclusies zijn gekomen.

3-I Zorgverzekeraars gaan verschillend om met preventie en de rol van de gemeentepolis daarbij

Dit onderzoek bekijkt vanuit vier invalshoeken de rol van de gemeentepolis bij preventie: de inhoudelijke dekkingen van de gemeentepolis, de financieringswijze, hoe de preventie georganiseerd wordt en ten slotte de inzet op het bereiken van deelnemers. In de gesprekken met de zorgverzekeraars zijn deze vier invalshoeken geoperationaliseerd in meerdere (sub)vragen¹³. Met deze gespreksleidraad is hen gevraagd hoe zij kijken naar preventie, in het algemeen en in verbinding met gemeenten en de gemeentepolis in het bijzonder.

In de zoektocht naar 'rode draden' uit de gesprekken valt op dat deze lastig te vinden zijn: tussen verzekeraars bestaan verschillende ervaringen, overtuigingen en benaderingen.

Om overzicht en inzicht te bieden in deze verschillen tussen zorgverzekeraars, worden in dit hoofdstuk per invalshoek (dus inhoud, financiering, organisatie, bereik) steeds twee posities op een 'continuüm' beschreven. En per continuüm is aangegeven waar de meeste zorgverzekeraars zich bevinden. Deze posities worden op de volgende acht pagina's uitgewerkt. Per pagina wordt dus steeds één continuüm, met positiebepaling van zorgverzekeraars, beschreven.

¹³ Zie Bijlage II. Interview format: gesprekken met zorgverzekeraars

3-1.1 INHOUD



evidence based is vereist



baat het niet, schaadt het niet

Om het zorgstelsel betaalbaar en toegankelijk te houden is zicht op kosten en opbrengsten van behandelingen en interventies vereist. Nieuwe behandelmethodes worden tegen deze achtergrond niet 'zomaar' toegelaten tot de basisverzekering. Bij de zorginkoop voor aanvullende verzekeringen geldt een ander regime, maar hierbij worden in principe dezelfde uitgangspunten gehanteerd.

De meeste zorgverzekeraars zien geen aanleiding om bij preventie een ander afwegingskader te hanteren. Interventies moeten *evidence based* zijn, in elk geval effectief en bij voorkeur ook kosteneffectief. Juist bij preventie zijn deze rationalisaties echter (nog) beperkt aanwezig. Dit gebrek aan evident bewijs leidt bij veel zorgverzekeraars tot terughoudendheid om preventie in de (gemeente)polis op te nemen.

Sowieso is de relatie tussen interventie en effect bij preventie minder eenduidig aan te tonen dan bij curatie. Dat geldt zeker voor de *kosteneffectiviteit*. Business cases van preventie interventies zijn daarmee per definitie aanvechtbaar. Deze vereiste van een business case werpt daarmee een forse drempel op om preventie fundamenteel te verankeren in de gemeentepolis.

Een paar zorgverzekeraars nemen tegen deze achtergrond een andere grondhouding aan: baat het niet, schaadt het niet. Als een preventieprofessional (zoals GGD of thuiszorg) een passende interventie heeft, dan zal de zorgverzekeraar deze slechts marginaal toetsen. Bijvoorbeeld op kosten ('overzichtelijk'), op vorm ('groepsverband') en focus ('leefstijl'). Deze zorgverzekeraars zijn van mening dat kennis en ervaring over preventie bij preventieprofessionals ligt. En in het kader van de gemeentepolis: ook bij de gemeente. Als een gemeente¹⁴ een bepaalde preventie interventie in de gemeentepolis wil opnemen, is daar snel overeenstemming over. De zorgverzekeraar stelt lichte kaders en faciliteert.

Het charmante van deze benadering is dat voor gemeenten relatief veel vrijheid aanwezig is om preventie in de gemeentepolis op te nemen. Het risico is overigens dat de betrokkenheid van de zorgverzekeraar bij preventie laag is. En dat meer structurele interventies, met hogere kosten en impact, minder aandacht krijgen. Daar wordt (dus) de vereiste van een *evidence based case* gesteld, zoals aangegeven een drempel voor preventie.

¹⁴ Of bij voorkeur: een regio / meerdere gemeenten samen, omdat maatwerk-per-gemeente bij zorgverzekeraars niet de voorkeur heeft (zie hierover ook het volgende continuüm).



Alle zorgverzekeraars balanceren tussen maatwerk en uniformiteit in processen en polissen (zowel bij basis- als aanvullende verzekeringen). Uniformiteit lijkt momenteel de overhand te hebben: 'uniform waar kan, maatwerk waar moet (of van expliciete meerwaarde)'. Om verklaarbare redenen, zoals de druk om doelmatig te werken en vanwege het publieke appèl om het aantal productvarianten overzichtelijk te houden. De keerzijde hiervan is dat in (gemeente)polissen minder ruimte wordt geboden voor maatwerkdekkingen. Dit geldt niet anders voor preventie. Zorgverzekeraars hebben de voorkeur om preventiedekkingen gelijk te trekken over hun gehele verzekeringsaanbod.

In het onderzoek is een analyse gemaakt van preventiedekkingen die in de gemeentepolissen voorkomen, en in welke mate deze dekkingen afwijken van de reguliere lijn van aanvullende verzekeringen. Bijlage I geeft het detailoverzicht van het meest gekozen pakket per zorgverzekeraar. In deze variant zien we maatwerk en dekkinguitbreidingen voor met name leefstijlcursussen, diëtetiek (vaak onderdeel van leefstijlinterventies), tandheelkundige preventie, healthchecks en beweegprogramma's.

In de gesprekken met zorgverzekeraars is nader ingegaan op deze dekkingsoverzichten en het onderliggende afwegingskader hierbij. Er komen twee beelden naar voren, die haaks op elkaar staan:

- ten eerste wordt het opnemen van preventie in een (gemeente)polis ter discussie gesteld, omdat:
 - preventie geen zorg is en dus geen rol is voor zorgverzekeraars
 - preventie geen onvoorspelbaar risico is en dus niet past in een verzekeringsproduct
 - preventie gaat over leefstijlaanpassing, dat vraagt voor elk mens een individueel unieke aanpak, dat past dus niet in het meer generieke karakter van polisvoorwaarden.

- maar ook geven deze geïnterviewden aan dat de gemeentepolis een status aparte heeft, omdat:
 - gemeenten het maatwerk in de gemeentepolis bepalen en betalen, dus ook preventie
 - de gemeentepolis bij uitstek een manier is om financiële drempels weg te halen
 - de doelgroep van de gemeentepolis het meest gebaat is bij (toegang tot) preventie
 - in de gemeentepolis de meest kwetsbaren van de samenleving te bereiken zijn.

Per saldo zijn de meeste geïnterviewden terughoudend om preventie op te nemen in polisvoorwaarden, maar vindt men ook dat juist voor de doelgroep en de werking van de gemeentepolis dit niet een afdoende bevredigende slotsom is. Bij het volgende continuüm is een mogelijke oplossing voor deze paradox gevonden.

3-1.2 FINANCIEN



fundamentele substitutie



premie effect marginaal

Het volgende continuüm gaat over de financiële kant van preventie: in hoeverre kan preventie een bijdrage leveren aan het terugdringen van de kosten van zorg? En wat betekent dat dan voor de premiestelling van een gemeentepolis als preventie daarin opgenomen wordt? Vooropgesteld: in het onderzoek is geen voorbeeld gevonden waar het opnemen van (meer) preventie leidt tot een lagere premie. Oftewel, verzekeraars zijn er (nog?) niet van overtuigd dat preventie leidt tot verlaging van zorgkosten.

Deze basishouding leidt tot twee manieren hoe zorgverzekeraars omgaan met preventie in de gemeentepolis. Óf men gaat op zoek naar meer fundamentele substitutie in de keten, ook wel van zorg naar voorzorg genoemd, om daar kosteneffecten te vinden. Óf men wordt juist meer pragmatisch ten aanzien van preventie: interventies met een beperkte impact op de premie worden zonder veel 'gedoe' opgenomen in de gemeentepolis.

Om met dat laatste aspect, de dagelijkse realiteit, te starten: de bestaande preventiedekkingen in de gemeentepolis hebben een zeer marginaal effect op de premie. De meeste dekkingen zijn kleine vergoedingen (bijvoorbeeld cursussen van €100 tot €200 euro), inclusiecriteria zijn soms erg strikt (bijvoorbeeld BMI > 30) en het aantal gebruikers is beperkt (van een handvol tot enkele honderden per interventie per jaar).

Dat het financiële premie effect gering is, lijkt positief: het geeft immers ruimte om preventie op te nemen in de gemeentepolis. Anderzijds leidt dit marginale effect ook tot een beperkte inzet op effect- en effectiviteitsmeting ('kost meer dan de interventie zelf') en minder commitment op preventie ('impact is toch verwaarloosbaar').

Waar verzekeraars wél gericht zoeken naar fundamentele preventie in de keten, loopt men aan tegen een ander vraagstuk. Bijvoorbeeld een verzekeraar die investeert in verlengde spreekuren bij huisartsen in een krachtwijk om meer ruimte te nemen voor leefstijl boven medicatie: hoe om te gaan met patiënten van de betreffende huisarts die geen gemeentepolis hebben?

In de gesprekken is ook ingegaan op de rol van de gemeentepolis bij de financiering van preventie. Zoals bij het vorige continuüm gesteld: in de gemeentepolis zien zorgverzekeraars op zich meer ruimte voor maatwerk, maar ook dan blijft het een lastige balans met uniformiteit. Om toch ruimte te bieden aan preventie, en de samenwerking met gemeenten hierop te organiseren, werken meerdere zorgverzekeraars daarom in het verlengde van de gemeentepolis met aanvullende budgetten. Deze komen in twee vormen voor:

1. een budget voor gezondheids- en wijkinitiatieven. Dit budget wordt overeengekomen tussen zorgverzekeraar en gemeente bij het aangaan van een gemeentepolis. Het budget is specifiek beschikbaar voor activiteiten in het sociale domein, zoals een programma om overgewicht bij kinderen tegen te gaan of om in een bepaalde wijk werk te maken van gezondheidsbevordering. Dit budget is dus niet gelimiteerd tot deelnemers aan de gemeentepolis (maar wel gericht op de doelgroep van de gemeentepolis);
2. een budget opgebouwd uit een vast bedrag per deelnemer aan de gemeentepolis. Bijvoorbeeld: een gemeente heeft 5.000 deelnemers aan de gemeentepolis, en per deelnemer wordt elke maand een euro gereserveerd. Op jaarbasis ontstaat zo een budget van € 60.000 om gezondheidsbevorderende projecten mee te financieren in de betreffende gemeente voor de betreffende doelgroep.

Dergelijke budgetten/fondsen bieden daarmee mogelijk een oplossing voor de paradox uit het vorige continuüm: dekking in de gemeentepolis is lastig, maar dekking voor de doelgroep van de polis is wel wenselijk.



In de gesprekken is een tweede aspect van financiële aard naar voren gekomen: de zin of onzin van het hanteren van business cases bij preventie. Zoals hiervoor al betoogd: business cases over preventie zijn gegeven de aard van de interventies per definitie te betwisten.

Dat neemt niet weg dat bijna alle zorgverzekeraars een business case willen leggen onder preventie interventies en projecten. Dit geldt zeker voor initiatieven die de belofte van een meer fundamentele opbrengst in zich hebben, zoals de inzet op ketensubstitutie. Bijna elke zorgverzekeraar pioniert in één of meerdere regio's met dergelijke initiatieven – die meer of minder direct een relatie hebben met de gemeentepolis¹⁵.

Een enkele zorgverzekeraar ziet dit anders en stelt niet de business case voorop, maar het 'belief'. Zij weten (ook) dat business cases aanvechtbaar zijn, en starten vanuit gedeeld vertrouwen in het potentieel van het betreffende preventieprogramma. De bij het vorige continuüm beschreven budgetten kunnen dan dienen als 'kickstart' voor pilot en innovatie¹⁶.

Of een preventie initiatief nou start vanuit een business case of een belief, in beide gevallen ontstaat een nieuw spanningsveld als een pilot succesvol blijkt te zijn. Opschaling blijkt in de praktijk lastig. Een (gemeente)polis kan een passende vergoedingsvorm zijn. Daarmee is de betreffende interventie gefinancierd en ontsloten, maar de daarmee samenhangende organisatie van de interventie nog niet. Bij meer fundamentele preventie lijkt immers het 'organiseren' minstens zo belangrijk als het 'intervenieren' (het preventieprogramma an sich). De hierna volgende twee continuüms gaan nader in op de invalshoek 'organisatie'.

¹⁵ In hoofdstuk 4 wordt een aantal van deze initiatieven, en de rol van de gemeentepolis daarbij, beschreven.

¹⁶ Ook hiervan wordt in hoofdstuk 4 een voorbeeld gegeven.

3-I.3 ORGANISATIE



gericht gekozen pilotpartners



duizend bloemen bloeien

In de gesprekken met zorgverzekeraars is ook ingegaan op het organiseren van preventie. En ook daarbij is verscheidenheid te zien onder zorgverzekeraars: over de rol van de zorgverzekeraar (zie volgende continuüm) en over de mate waarin zorgverzekeraars gerichte keuzes maken waar en met wie zij preventie oppakken.

Alle zorgverzekeraars doen aan 'bewuste partnerkeuze' bij het doen van pilots op het gebied van preventie. Er is wel verschil tussen regionaal opererende zorgverzekeraars en zorgverzekeraars met een meer landelijke focus. Regionale zorgverzekeraars starten veelal met één of enkele gemeenten (daar waar ideeën en enthousiasme zit) en doen een 'open uitnodiging' aan alle andere gemeenten in de regio om aan te sluiten.

Landelijke zorgverzekeraars hebben uiteraard met meer gemeenten (en preventieprofessionals) van doen en hanteren een meer expliciet afwegingskader als men een pilotgebied overweegt. Aspecten als marktaandeel, zorgaanbod, kracht van en relatie met bestuur en ambtenarij spelen een rol. En het zijn van partner via de gemeentepolis blijkt van belang bij de afweging om met een gemeente een preventieprogramma te starten. Ook wordt in veel samenwerkingsconvenanten tussen gemeenten en zorgverzekeraars, in elk geval op papier, de verbinding met de gemeentepolis gelegd.

Er lijkt overigens een tweede onderscheid te zijn tussen regionale en landelijke zorgverzekeraars als het gaat om de keuze welke preventie initiatieven zij op ingaan dan wel initiëren: de focus op substitutie versus de focus op gezondheid. Waar landelijke zorgverzekeraars met name lijken te selecteren op preventieprojecten met een meer fundamentele substitutie in de keten, lijken regionale zorgverzekeraars meer beschikbaar te zijn voor preventie initiatieven die sec bijdragen aan een betere ervaren gezondheid. De grote zorgverzekeraars laten deze 'duizend bloemen bloeien' benadering juist meer en meer los. Wat bij hen weer het vraagstuk geeft: hoe houd ik de andere gemeenten 'blij en erbij'.



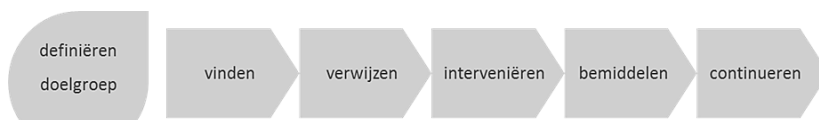
Het tweede vraagstuk dat bij de invalshoek 'organisatie' in het onderzoek naar voren is gekomen, is de rol van de zorgverzekeraar bij preventie. Zijn zij mede eigenaar, of zijn zij er (slechts?) voor de administratieve kant.

Uit de gesprekken komen ook hier twee posities naar voren. Een deel van de zorgverzekeraars hanteert het adagium *jullie de inhoud, wij de administratie*, andere zorgverzekeraars stellen *wat we doen, doen we samen*.

De eerste positie, de zorgverzekeraar doet sec de administratieve afhandeling, volgt uit de overtuiging dat de inhoudelijke expertise over preventie bij gemeenten en professionals ligt. Zorgverzekeraars moeten zich vanuit die opvatting beperken tot het zijn van een efficiënt administrateur, een partij die faciliteert in plaats van initieert, en slechts marginaal toetst op aspecten als kosten, inhoud en inrichting.

Aan de andere kant van het continuüm zijn er zorgverzekeraars die willen organiseren vanuit een gedeeld belang bij preventie: zoveel mogelijk mensen gezond houden tegen een zo effectief mogelijke inzet van middelen. Deze zorgverzekeraars vinden de inhoud van preventieprogramma's van belang, maar de (keten)organisatie ervan het allerbelangrijkst.

Zij willen dan ook een rol die verder gaat dan inkoper/administrateur van interventies. Zij willen een rol voorin de 'preventieketen': samen vaststellen op welke specifieke doelgroep wordt ingezet, hoe deze benaderd wordt en hoe de doorverwijzing georganiseerd wordt. Bovendien zijn zij ervan overtuigd dat gemeenten ook een rol achterin deze keten hebben, bij continuering ná de interventie – bijvoorbeeld het verbinden aan de inzet van buursportcoaches en aan het reguliere (sport)aanbod in de gemeente.



3-1.4 BEREIK



preventie wordt belangrijk(er)



preventie is-was-en-zal-zijn

In de gesprekken met zorgverzekeraars is ten slotte ingegaan op het ‘bereik’ van preventie: ervaren zij dat preventie belangrijker wordt bij hun samenwerking met gemeenten, en zo ja welke rol zien zij voor zichzelf om preventie bij de deelnemers van de gemeentepolis onder de aandacht te brengen?

In de eerste plaats valt in de gesprekken op dat op een enkeling na alle zorgverzekeraars van mening zijn dat de beschikbaarheid van en toegang tot preventieprogramma’s aan belang wint. Ook voor henzelf, met name omdat de decentralisaties in Wmo en Jeugdwet implicaties hebben voor ‘hun’ Zorgverzekeringswet. Doelgroepen van gemeenten en zorgverzekeraars overlappen elkaar, nog meer dan voorheen. En minder op de voorgrond maar niet onbelangrijk: ook zorgverzekeraars ervaren de maatschappelijke en bestuurlijke druk om meer te zijn dan sec een ‘zorg’verzekeraar.

Dit is wel een geleidelijk proces, ook intern. Zorgverzekeraars geven aan dat hun kolommen ‘commercie’ en ‘zorg’ elkaar beter beginnen te vinden, en dat de zorgkolom een meer leidende rol krijgt in het beleid van de zorgverzekeraar. Dat vertaalt zich ook in meer focus op zorginhoudelijke vraagstukken, zoals substitutie in de zorgketen en de meerwaarde van preventie interventies. Dat dit niet alleen maar mooie woorden zijn, toont zich in het toenemend aantal ‘regioregisseurs’ of vergelijkbare functionarissen binnen zorgverzekeraars. Dit zijn liaison managers met gemeenten, met een specifieke regionale verantwoordelijkheid om in verbinding met gemeenten en professionals te pionieren in de zorgketen – waaronder ook preventie.

Bij deze regiofocus speelt de gemeentepolis volgens alle geïnterviewden een belangrijke rol: in de gemeentepolis vallen belangen van gemeente, zorgverzekeraar en professional samen: maatschappelijk, commercieel, aandachtsgroepen, maatwerk, financiën, partnering. De gemeentepolis legt daarmee een ‘brug’ tussen belangen en vormt zo een basis onder de samenwerking tussen deze partijen.

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat preventie in deze samenwerking een logische plek heeft – zij het in de praktijk nog wel oriënterend. De nabije toekomst moet gaan uitwijzen of hierbij sprake is van vooral goede intenties of dat zorgverzekeraars daadwerkelijk een grotere verantwoordelijkheid gaan nemen bij preventie. Met de toenemende maatschappelijke én gemeentelijke aandacht voor preventie ervaren zorgverzekeraars in elk geval dat ook voor hen preventie wint aan belang.



Bij het vorige continuüm is beschreven hoe nagenoeg alle zorgverzekeraars de mening verkondigen dat preventie wint aan belang, zeker ook nu bij gemeenten meer aandacht uitgaat naar dit thema. En dat de gemeentepolis hierbij een verbindende rol heeft. Daaruit volgt de vraag welke rol zorgverzekeraars voor zichzelf zien om de doelgroep van de gemeentepolis te attenderen op preventie in het algemeen en preventieprogramma's in de gemeentepolis in het bijzonder.

In de gesprekken tonen zorgverzekeraars zich op dit punt echter terughoudend, *met uitzondering* waar het preventie betreft (die onderdeel uitmaakt) van fundamentele ketensubstitutie. Over dat laatste straks meer.

De terughoudendheid van zorgverzekeraars om deelnemers aan de gemeentepolis actief te wijzen op preventieprogramma's in die polis wordt verwoord in meerdere uitspraken:

- voor een zorgverzekeraar is het tegennatuurlijk om verzekerden aan te sporen tot consumptie
- het belief in de (potentiële) meerwaarde van preventie kent nog geen organisatiebrede bodem
- een landelijk dekkend aanbod is lastig, kortom niet in elke gemeente is dekking in de polis feitelijk aanwezig
- actief uitdragen van preventie includeert juist de vitale burger; daar zijn andere polissen voor
- uitnodigen tot deelname aan interventies kan ook negatief uitstralen op de zorgverzekeraar
- de gemeentepolis is een gemeentelijke voorziening, daarmee is het aan de gemeente om hier meer of minder actief over te communiceren dan wel bepaalde dekkingen extra voor het voetlicht te brengen.

Kortom, zorgverzekeraars zien geen logische rol voor zichzelf om actief bij te dragen om de doelgroep te attenderen op de mogelijkheden binnen de gemeentepolis. Deze terughoudendheid lijkt met name te gelden voor meer 'klassieke' preventiedekkingen in de (gemeente)polis zoals leefstijlcursussen.

Waar preventie onderdeel is van, of leidt tot, substitutie in de zorgketen is het beeld genuanceerder. Dit geldt bijvoorbeeld voor de inzet van gezondheidschecks (om een kwetsbare doelgroep vroegtijdig op te sporen om erger te voorkomen). Maar de demarcatie tussen 'klassiek' en 'fundamenteel' is natuurlijk niet scherp te trekken en verschilt tussen zorgverzekeraars onderling.

3-II De betekenis van de gemeentepolis bij preventie gaat verder dan alleen polisvoorwaarden

Rol gemeentepolis begint bij de polisvoorwaarden

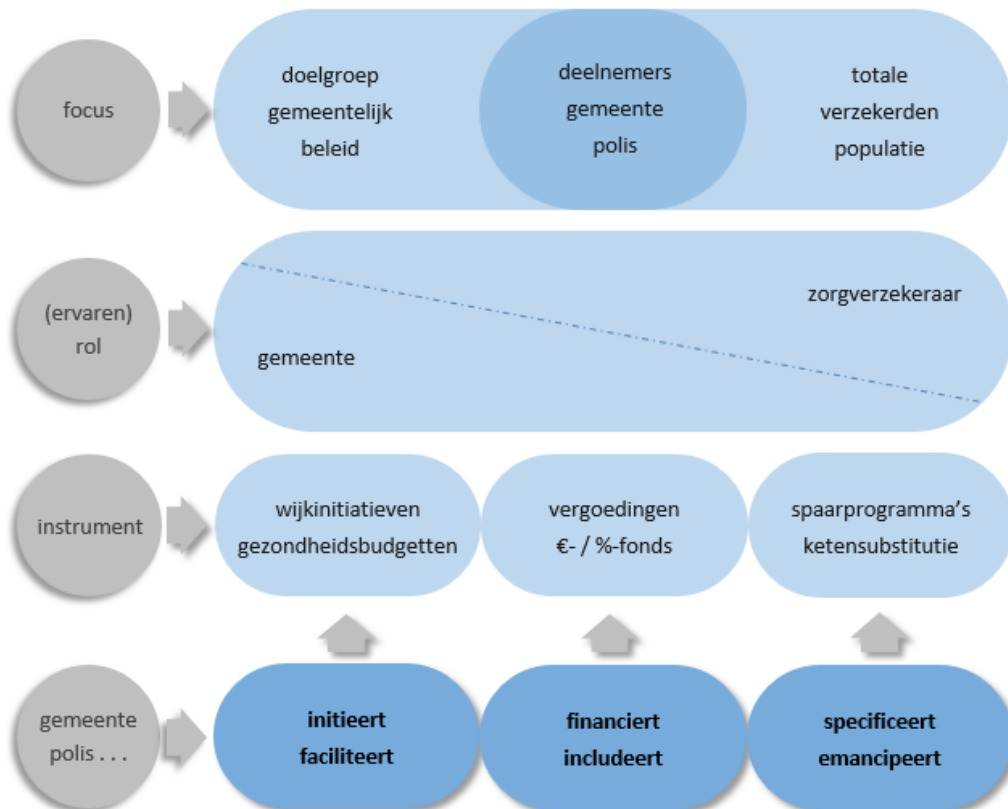
In dit onderzoek staat de vraag centraal welke rol de gemeentepolis heeft om selectieve preventie toegankelijk te maken voor de doelgroep van die polis. Een eerste beeld ontstaat door een *straight forward* analyse te maken welke preventiedekkingen opgenomen zijn in de verschillende gemeentepolissen in 2017. Bijlage I geeft dit beeld.

Maar uit de praktijk blijkt dat dit een eendimensionale weergave van de werkelijkheid is. De gemeentepolis maakt preventie ook via andere wegen toegankelijk, niet alleen via de polisvoorwaarden¹⁷. In de gevoerde gesprekken en de twee daaropvolgende review sessies is deze ervaring bevestigd.

Visualisatie van de verschillende rollen en verschijningsvormen

In het voorgaande hoofdstuk, met de vier invalshoeken en de acht continuïms, zijn hierover al meerdere observaties verwoord. In dit hoofdstuk worden deze op elkaar gelegd via onderstaande visualisatie: welke positie heeft de gemeentepolis bij preventie, afhankelijk van:

- de betreffende *doelgroep* (gemeentelijke aandachtsgroepen, deelnemers aan de gemeentepolis, of alle verzekerden van een zorgverzekeraar)
- de ervaren *rolverantwoordelijkheid* van gemeente en zorgverzekeraar bij die doelgroep
- de 'verschijningsvorm' van preventie oftewel het *instrument* om preventie te ontsluiten (budgetten, vergoedingen en fondsen, spaarprogramma's en/of meer fundamentele ketensubstitutie).



¹⁷ NB: mogelijk geldt dit voor meerdere of alle collectieve zorgverzekeringen, maar daarover oordeelt dit onderzoek niet.

Het centrum: deelnemers aan de gemeentepolis

Om dit schema te interpreteren kan men overal in het schema beginnen. Het is niet noodzakelijk om van boven naar beneden en/of van links naar rechts te lezen. Laten we voor nu ervoor kiezen om te starten vanuit de focus van de **deelnemers van de gemeentepolis**. Meer precies: de huidige en potentiële deelnemers van de gemeentepolis. Voor hen vervult de gemeentepolis primair de rol als **financieringsbron**. Immers, als deelnemer maak je aanspraak op **vergoedingen** die opgenomen zijn in de polis.

Maar dit onderzoek wijst uit dat er meer mogelijk is voor deze doelgroep. Immers, in diverse regio's hebben gemeenten en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over budgetten, in de vorm van **euro- en procentfondsen**. Dit zijn budgetten die gemeenten kunnen inzetten om voor (potentiële) deelnemers van de gemeentepolis preventieprogramma's financieel toegankelijk te maken. De werking is als volgt: per deelnemer aan de gemeentepolis wordt jaarlijks een bedrag, of percentage, gealloceerd. Het budget kan de gemeente, al dan niet in samenwerking met de zorgverzekeraar, inzetten ter financiering van preventieprogramma's. Het bedrag per deelnemer is in de praktijk circa € 10-15 per jaar, respectievelijk 1-2 % van de premie per jaar.

Per saldo ontstaat, zeker bij grote deelname, een aardige 'pot' om preventie mee te financieren. Ook wordt dit budget aangewend om innovaties mee op te starten of de organisatiekant van preventie te financieren. Je kunt er overigens over debatteren wie dit budget feitelijk vult: de deelnemer (via minder korting op de basisverzekering), de verzekeraar (vanuit innovatiemiddelen) en/of de gemeente (door een deel van de korting hiervoor te reserveren). In elk geval is dit een vorm om preventieprogramma's te realiseren of initiëren, zonder het 'gedoe' van opname in de polisvoorwaarden.

De gemeentepolis vervult overigens nog een heel andere rol rechtstreeks voor de (potentiële) deelnemers aan die polis: het geeft gemeente, zorgverzekeraar en zorgprofessional een '**inclusie**middel'. Wie deelneemt aan de gemeentepolis (of op basis van gemeentelijke criteria daarvoor tenminste in aanmerking komt), kan deelnemen aan (onder andere) preventieprogramma's¹⁸. Mensen kunnen dan gericht worden aangeschreven, en (her)toetsing is niet nodig.

Over rechts: alle verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar

Als we naar de rechterflank van het schema kijken, dan nemen we de focus van alle verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar. Oftewel de **totale verzekerdenpopulatie**. Dit is een doelgroep waar de verzekeraar zich primair en bovenal verantwoordelijk voor voelt, en uiteraard ook is. Voor hen bieden zorgverzekeraars op verschillende manieren toegang tot preventie: via de reguliere zorgverzekeringen uiteraard, maar ook innoveren zorgverzekeraars over deze as het meeste met meer fundamentele **ketensubstitutie** – met preventie (in verschillende benamingen overigens, zoals 'voorzorg') als onlosmakelijk onderdeel daarvan.

Ook bieden diverse zorgverzekeraars **spaarprogramma's**. Deze initiatieven, zoals Actify (Zilveren Kruis) en SamenGezond (Menzis), hebben hun oorsprong in loyaltyprogramma's maar zijn in ontwikkeling tot gezondheidsplatforms om deelnemers bij gezondheid en gezond gedrag te ondersteunen. Deze platforms zijn voor alle verzekerden toegankelijk (soms zelfs ook voor niet-verzekerden), maar de doelgroep van de gemeentepolis krijgt vaak speciale aandacht. Hierdoor **emancipeert** dit instrument (haalt drempels voor kwetsbare burgers weg) en **specificeert** het door gerichte acties en producten voor de doelgroep op te nemen.

¹⁸ In sommige gemeenten wordt de gemeentepolis (of in elk geval voldoen aan de criteria voor deelname) als inclusiecriteria gehanteerd voor een breed palet aan gemeentelijke (minima) voorzieningen. De gemeentepolis is dan een 'toegangspas' tot voorzieningen, vergelijkbaar met gemeentelijke stadspassen.

Over links: gemeentelijke aandachtsgroepen

Als we ten slotte naar de linkerkant van het schema kijken, dan komen we bij de doelgroepen van gemeentelijk (sociaal) beleid. Gemeenten voeren gericht beleid voor bepaalde kwetsbare groepen, al dan niet in bepaalde krachtwijken. In eerste aanleg lijken zorgverzekeraars hier geen directe bemoeienis te hebben; het gaat immers om een gemeentelijke opgave. Maar gezien de aard van de doelgroepen komt de zorgverzekeraar toch in beeld. Het gaat hier veelal om mensen met een bovengemiddelde zorgvraag, nu of in de toekomst. Bovendien vragen gemeenten van zorgverzekeraars om een gedeelde verantwoordelijkheid te nemen voor deze doelgroep.

Zorgverzekeraars kunnen, en nemen, deze verantwoordelijkheid op verschillende manieren. Bijvoorbeeld door afstemming over de schotten van Zvw – Wlz – Wmo heen, of door financieel bij te dragen aan **wijkinitiatieven** en **gezondheidsbudgetten**. Zorgverzekeraars spreken in het onderzoek van de bredere ‘propositie’ die zij gemeenten bieden, om deze gezamenlijke verantwoordelijkheid vorm te geven.

Elke geïnterviewde zorgverzekeraar wijst op het belang van de gemeentepolis bij deze propositie: zij leggen de relatie tussen ‘propositie’ en ‘polis’, omdat de gemeentepolis de inzet van de zorgverzekeraar in het sociale domein **faciliteert** dan wel **initieert**. De eerste rol is de *conditio sine qua non* van de gemeentepolis: voor de zorgverzekeraar is deze polis vaak randvoorwaardelijk voor co-financiering en co-organisatie in het sociale domein. De initiërende rol volgt veelal uit het toekennen van gelabelde budgetten bij het gegund krijgen van het contract van de gemeentepolis.

Een juiste weging

Met dit schema en de tekstuele uitleg wordt de bredere rol van de gemeentepolis bij het toegankelijk maken van selectieve preventie voor mensen in een kwetsbare positie geduid. Hiermee wordt ook aansluiting gezocht bij het appèl van meerdere deelnemers aan de interviews en de verificatierondes om de rol van de gemeentepolis niet alleen te ‘wegen’ op basis van de hoeveelheid (maatwerk) dekkingen in de polisvoorwaarden.

In het volgende hoofdstuk worden deze beschouwingen ‘in meer kleur en detail’ ingevuld aan de hand van concrete praktijk cases. De vier invalshoeken worden daarbij als kijkglas gehanteerd, evenals het schema uit dit hoofdstuk: welke rol speelt de gemeentepolis in deze casus, en in welke instrumentele verschijningsvorm.

4. Case beschrijvingen

In het voorafgaande hoofdstuk zijn de hoofdconclusies van het onderzoek gepresenteerd, te weten de verschillen in visie en aanpak van zorgverzekeraars op het terrein van preventie, en de brede rol van de gemeentepolis bij het toegankelijk maken van preventie voor mensen in een kwetsbare positie. In dit hoofdstuk worden deze conclusies ingekleurd aan de hand van een zestal 'good practices'.

Deze zijn in afstemming met de opdrachtgever geselecteerd op relevantie en onderling onderscheidend vermogen. Elke case betreft een andere zorgverzekeraar; en niet elke verzekeraar komt in de cases aan bod. Dit betekent niet dat de 'overige drie' (CZ, Salland en DSW) geen werk maken van preventie voor de doelgroep, maar wel dat andere cases rijker, sterker of meer onderscheidend zijn.

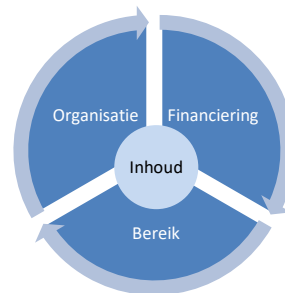
In de case beschrijvingen komen de vier invalshoeken *inhoud*, *financiering*, *organisatie* en *bereik* weer aan bod. Bovendien wordt aangesloten bij de visualisatie uit hoofdstuk 3-II, met aandacht voor de rol van de gemeentepolis en diens instrumentele verschijningsvorm. Ten slotte biedt elke case ervaringslessen voor andere gemeenten, zorgverzekeraars en overige geïnteresseerden.

Op de volgende pagina's komen deze cases achtereenvolgens aan bod:

- Lekker in je lijf (Zorg en Zekerheid | GGD Hollands Midden | diverse gemeenten regio Leiden)
- Valpreventie (VGZ | gemeente Nijmegen)
- Gezondheidscheck + vervolgaanbod (Menzis | gemeenten Berkelland en Arnhem)
- Fitkids (De Friesland Zorgverzekeraar | Friese gemeenten)
- Vroeg Eropaf (Zilveren Kruis | gemeente Amsterdam).

Lekker in je lijf (Zorg en Zekerheid | GGD | diverse gemeenten regio Leiden)

Casus | De gemeenten Leiden, Leiderdorp, Oegstgeest en Zoeterwoude hebben in de aanbesteding van de gemeentepolis in 2012 de eis opgenomen dat de zorgverzekeraar een aantal vergoedingen voor preventie aan moet bieden. Dit heeft geleid tot de samenwerking tussen gemeenten, Zorg en Zekerheid en de GGD Hollands Midden, van waaruit verzekerden via de gemeentepolis een beweegprogramma en een gezondheidscheck wordt aangeboden.



Inhoud | Het beweegprogramma 'Lekker in je Lijf' is speciaal bedoeld voor mensen met overgewicht (BMI > 25) en wordt aangeboden door fysiotherapiepraktijken. Deelnemers bewegen over een periode van drie tot zes maanden, één à twee keer per week in een groep, onder begeleiding van een fysiotherapeut. Een belangrijk aandachtspunt binnen het programma is doorstromen naar regulier sportaanbod na afloop. Het bredere doel van het aanbieden van 'bewegen' is om deelnemers aan de gemeentepolis met een bijstandsuitkering meer uit hun isolement te halen, waardoor zij hopelijk stappen richting de arbeidsmarkt kunnen zetten.

Voor het beweegprogramma heeft de GGD Hollands Midden in overleg met Zorg en Zekerheid richtlijnen opgesteld met de kwaliteitseisen waar een beweegprogramma aan moet voldoen, welke ingaan op de elementen 'bewegen', 'gedragsverandering' en 'voedingsadvies'. Fysiotherapiepraktijken kunnen een schriftelijk voorstel indienen voor het aanbieden van een beweegprogramma. De GGD beoordeelt dit aanbod aan de hand van de richtlijnen en meldt bij akkoord de aanbieder aan bij Zorg en Zekerheid.

Financiering | Vanuit de gemeentepolis wordt iedere twee jaar een beweegprogramma vergoed á € 500,-. De gemeente financiert het aanvullend Gemeentepakket voor deelnemers aan de gemeentepolis.

Organisatie | Door de aanbesteding is een vergoeding voor een beweegprogramma opgenomen in de gemeentepolis. Hierna heeft de GGD de daadwerkelijke invulling van deze vergoeding geïnitieerd: nadat de richtlijnen voor het aanbieden van een beweegprogramma zijn geschreven is de GGD samen met gemeenten op zoek gegaan naar geschikte aanbieders. Zorg en Zekerheid heeft geadviseerd bij de selectie van fysiotherapeuten. De GGD informeert en adviseert Zorg en Zekerheid op basis van signalen en knelpunten over (bijsturing van) het beweegprogramma. Zorg en Zekerheid controleert de declaraties en informeert de GGD bij knelpunten.

Bereik | In principe is de gemeente verantwoordelijk voor het bereiken van de doelgroep. Een aantal gemeenten hebben in 2016 een brief gestuurd aan deelnemers van de gemeentepolis waarin het beweegprogramma specifiek onder de aandacht is gebracht. Dit heeft geresulteerd in het aanbod van het programma in elf gemeenten (+/- acht deelnemers per cursus). Ook andere gemeenten tonen interesse. Er wordt gekeken of het programma verder kan worden uitgerold binnen gemeenten waar Zorg en Zekerheid een gemeentepolis biedt.

Rol gemeentepolis

1. De gemeentepolis is bedoeld voor een kwetsbare doelgroep, namelijk mensen met een lager inkomen en een lagere (ervaren) gezondheid. In deze casus **includeert** de gemeentepolis juist deze doelgroep voor deelname aan het beweegprogramma.
2. Een beweegprogramma en gezondheidscheck wordt vanuit de gemeentepolis **gefinancierd**.

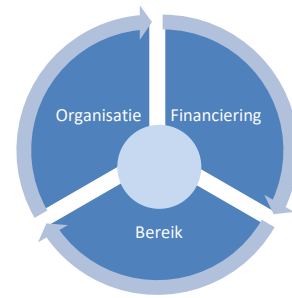
Instrument | Vergoedingen (voor deelnemers gemeentepolis).

Ervaringslessen

- Een externe partij met kennis van preventie (in dit voorbeeld de GGD) draagt bij aan de organisatie en kwaliteitsborging van een preventie programma.
- Het blijkt in de praktijk effectief én meer natuurlijk wanneer de gemeente de rol op zich neemt om preventie onder de aandacht te brengen.
- Een initiatief van een paar gemeenten kan leiden tot een preventie programma voor de hele regio.

Valpreventie (VGZ | gemeente Nijmegen)

Casus | Een valongeval is de meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen. De ernst van het probleem rondom vallen bij ouderen blijkt uit het grote aantal spoedeisende hulpbehandelingen, de hoge kosten en het grote aantal doden, vooral in de leeftijd vanaf 85 jaar. Valpreventietrainingen zijn vanaf 2016 in een aantal van de aanvullende verzekeringen van VGZ opgenomen, waaronder in de gemeentepolis. Van een aantal valtrainingen is bewezen dat deze effectief zijn om heupfracturen, mogelijke complicaties en mogelijke afname van mobiliteit te voorkomen. De valtraining is het meest effectief in combinatie met een goed voor- en nazorgtraject; deze gehele aanpak wordt 'valpreventie' genoemd.



Organisatie | De valpreventie start met een screening: wie valt binnen de doelgroep? Daarna kan een (bewezen effectieve) valtraining ingezet worden. Een goed voor- en natraject is volgens VGZ essentieel voor de effectiviteit van de valtraining. Het opzetten en coördineren van het voor- en natraject is aan de gemeente/GGD:

- voortraject: bijvoorbeeld controle van het huis
- natraject: bijvoorbeeld de inzet van een buurtsportcoach om de oudere te stimuleren te blijven bewegen.

Daarnaast kan een gemeente een coördinerende rol hebben op het gebied van valpreventie door een valpreventienetwerk en/of regionale bijeenkomsten te faciliteren. In de gemeente Nijmegen bestaat het regionaal valpreventienetwerk Nijmegen (RVNN). Tijdens deze bijeenkomsten worden afspraken gemaakt over onderlinge afstemming en aansluiting tussen organisaties die in de regio bezig zijn met valpreventie. Ook wordt hier ruimte gegeven voor het uitwisselen van kennis en ervaringen. Hier kunnen ook gezamenlijke activiteiten, zoals een samenwerking met een zorgverzekeraar, afgestemd en gerealiseerd worden. De taak om een dergelijk netwerk op te zetten en te onderhouden is in deze casus ondergebracht bij de GGD.

Bereik | Een gemeente kan de rol van aanjager en motivator op zich nemen om het gebruik van deze interventie te vergroten. Vanuit de bestaande samenwerking in het kader van de gemeentepolis geeft VGZ de aanpak valpreventie momenteel vorm middels een samenwerking met de gemeente Nijmegen.

Financiering | Vanuit de gemeentepolis wordt een cursus valpreventie vergoed á € 150,-. Voor het voor- en natraject wordt aangesloten bij bestaande initiatieven vanuit de gemeente. De mogelijke organisatie van een valpreventienetwerk wordt in principe door de gemeente gefinancierd.

Rol gemeentepolis

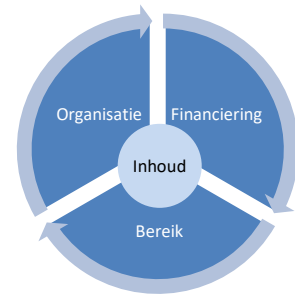
1. Door de bestaande samenwerking in het kader van de gemeentepolis wordt de aansluiting tussen gemeente (wijkteams, welzijn) en zorgverzekeraar (cursus valpreventie) **gefaciliteerd**.
2. Door de gemeente kan (in afstemming met de zorgverzekeraar) een valpreventienetwerk worden **geïnitieerd**.
3. Een cursus valpreventie wordt vanuit de gemeentepolis **gefinancierd**.

Instrument | Wijkinitiatieven (doelgroep gemeentelijk beleid) en Vergoedingen (deelnemers gemeentepolis).

Ervaringslessen | De integrale aanpak valpreventie laat zien dat de basis van een samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar niet alleen op het gebied van financiering hoeft te liggen: een (effectieve) interventie beweegt zich over diverse domeinen heen. Je zult het proces van de integrale aanpak uit moeten werken met als uitgangspunt de burger. Van daaruit wordt inzichtelijk welke partij wanneer betrokken is en wie welk deel moet organiseren en financieren: de gemeentepolis kan een fundament zijn voor deze gerichte samenwerking en de daarvoor te maken afspraken.

Gezondheidscheck + vervolgaanbod (Menzis | gemeenten Berkelland en Arnhem)

Casus | Zorgverzekeraar Menzis biedt verzekerden via de gemeentepolis een vergoeding voor de persoonlijke gezondheidscheck. In de gemeenten Arnhem en Berkelland zijn – met steun van Menzis – pilots gestart, waarbij als uitkomst van deze check een beweegprogramma kan worden aangeboden.



Inhoud | Beide gemeenten zijn een samenwerking gestart met een lokale sportaanbieder: in gemeente Berkelland wordt het sportactiverings-programma *In Beweging Naar Werk* ingezet voor ca. 15 mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. In de gemeente Arnhem is voor 2 groepen van ca. 30 personen met overgewicht en/of chronische aandoening het programma X-fittt 2.0 (een variant van de beweegkuur) op poten gezet. Doel van beide pilots is om via een leefstijlverandering een bijdrage te leveren aan een betere gezondheid, meer zelfbewustzijn en actievere deelname aan de samenleving.

Organisatie | De Sociale Dienst Oost Achterhoek (SDOA), Menzis en de gemeente Berkelland faciliteren het project Bewegen Werkt! Bij het sporten worden deelnemers begeleid door een sportcoach van de Sport Federatie Berkelland. X-fittt 2.0 van de gemeente Arnhem wordt aangeboden door beweegcentrum Form Upgrade. De begeleiding van deelnemers vindt hoofdzakelijk plaats door leefstijlcoaches van het Sportbedrijf Arnhem. Deelnemers zien incidenteel een fysiotherapeut en/of diëtist voor advies.

In beide pilots wordt tevens gebruik gemaakt van het spaarprogramma 'Samen Gezond' van Menzis. Hiermee kunnen verzekerden punten sparen (bijvoorbeeld door een vragenlijst over leefstijl in te vullen) die in een webshop besteed kunnen worden. Ook kunnen deelnemers gezonde apps zoals RunKeeper gebruiken. Deze apps worden gebruikt om alle beweegactiviteiten en de voortgang van het beweegprogramma te monitoren.

Bereik | In de gemeente Berkelland zijn klantmanagers getraind om bij een intake te vragen naar de fysieke gezondheid en motivatie. Daarmee wordt leefstijl en gezondheid een prominent onderdeel van het traject dat inwoners met een grote afstand tot de arbeidsmarkt krijgen aangeboden. In Arnhem wordt leefstijlcoaching geboden aan inwoners in een kwetsbare positie. Deelnemers voldoen aan vooraf vastgestelde inclusiecriteria. De leefstijlcoaches maken bij hun intake gebruik van de persoonlijke gezondheidscheck.

Financiering | Vanaf 2017 is zowel de persoonlijke gezondheidscheck als een beperkt budget voor gezondheidscurssussen (dat onder voorwaarden kan worden ingezet voor een beweegprogramma) opgenomen in de gemeentepolis. Voor de projectkosten van de pilots wordt gebruik gemaakt van het zogenoemde eurobudget: Menzis stelt per deelnemer aan de gemeentepolis € 1,- per maand beschikbaar als budget, dat door de gemeente ingezet kan worden voor gezondheid bevorderende projecten. De kosten van de accommodatie en sportvoorzieningen worden gefinancierd door de sportaanbieder. De inzet van klantmanagers en leefstijlcoaches wordt gefinancierd door de gemeenten. De organisaties dragen daarnaast de (extra) proces-/overheadkosten.

Rol gemeentepolis

1. Middels het spaarprogramma Samen Gezond kan het beweegaanbod voor een kwetsbare doelgroep (deelnemers gemeentepolis) worden **gespecificeerd**.
2. De gezondheidscheck en de beweegprogramma's worden gedeeltelijk vanuit de gemeentepolis **gefinancierd** (vanuit het pakket met gemeentespecifieke uitbreidingen, welke volledig door de gemeente wordt vergoed).

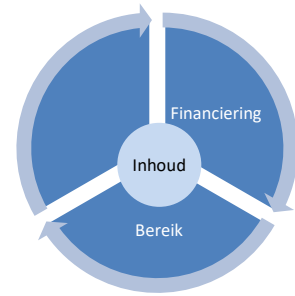
Instrument | Eurobudget én vergoedingen (voor deelnemers gemeentepolis), Samen Gezond (Spaarprogramma)

Ervaringslessen

- Effectieve samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar op dit terrein kan worden versterkt door de samenwerking met lokale sportaanbieders. Basis van deze samenwerking is een gedeeld geloof in het positieve effect van bewegen op de gezondheid en het welzijn van deelnemers.
- Een beweegprogramma vanuit de gemeentepolis kan worden ingezet als onderdeel van re-integratie tot de arbeidsmarkt.

Fitkids (De Friesland Zorgverzekeraar | Friese gemeenten)

Casus | De Friesland biedt in een aantal van de aanvullende verzekeringen, waaronder de gemeentepolis, een vergoeding voor diverse algemene beweegprogramma's. Een beweegprogramma is een combinatie van zorg op maat en verantwoord bewegen/sporten. Daarnaast biedt De Friesland een vergoeding voor Fitkids.



Inhoud | Fitkids is een beweegprogramma voor kinderen van 6-18 jaar met een chronische ziekte, beperking, langdurige aandoening of motorische achterstand. De kinderen trainen en bewegen gedurende een half jaar tot een jaar onder begeleiding van een (kinder)fysiotherapeut. Deelname aan Fitkids is alleen mogelijk op verwijzing van de huisarts, kinderarts of de behandelend medisch specialist.

Financiering | Fitkids wordt vanuit het Gemeentepakket AV Frieso volledig vergoed.

Bereik | De gemeenten nemen een actieve rol bij het onder de aandacht brengen van de vergoedingen via de gemeentepolis aan de deelnemers. Zodra bijvoorbeeld een medewerker van een wijkteam weet dat een inwoner zich heeft verzekerd via de gemeentepolis, kan direct worden gewezen op (bijvoorbeeld) Fitkids.

Rol gemeentepolis

1. Fitkids wordt vanuit de gemeentepolis **gefinancierd**.
2. Inwoners met een lager inkomen worden door de gemeentepolis **geëmancipeerd** om ook gebruik te kunnen maken van een uitgebreide aanvullende verzekering.

Instrument | Vergoedingen (voor deelnemers gemeentepolis)

Ervaringslessen | Middels de gemeentepolis biedt de gemeente ook inwoners met een lager inkomen toegang tot goede en betaalbare zorg. Door enerzijds een collectiviteitskorting van de zorgverzekeraar en anderzijds een aanzienlijke bijdrage in de premie door de gemeente, wordt een uitgebreide aanvullende verzekering (met een vergoeding voor Fitkids) breed toegankelijk gemaakt.

Vroeg Eropaf (Zilveren Kruis | gemeente Amsterdam)

Casus | De gemeente Amsterdam heeft bij de aanbesteding van de gemeentepolis afspraken gemaakt met Zilveren Kruis over o.a. collectiviteitskorting en maatwerkvergoedingen. Zo heeft de gemeente Amsterdam een eigen maatwerkpolis. Daarnaast zijn bij de onderhandelingen afspraken gemaakt over de inzet (organisatorisch en financieel) in het sociaal domein. En dan specifiek over inzet op het project Vroeg Eropaf.



Inhoud | In Amsterdam werken o.a. de woningbouwverenigingen, Zilveren Kruis, energiebedrijven en stichting MaDi samen om mensen te helpen die om verschillende redenen betalingsachterstanden hebben. Het belangrijkste doel van de samenwerking is om het verder oplopen van schulden te voorkomen: de partijen melden een wanbetaler met een betalingsachterstand van minimaal twee maanden aan bij “Vroeg Eropaf”. Een medewerker van Stichting MaDi zoekt vervolgens contact met de wanbetaler, om de oorzaak van de betalingsachterstand te inventariseren. Hierna wordt op basis van de problemdiagnose een plan van aanpak opgesteld om tot een oplossing te komen. Indien noodzakelijk zorgt de MaDi ook voor een warme overdracht naar een hulpverlener.

Financiering | De samenwerkende partijen dragen financieel bij aan het project Vroeg Eropaf. Achterliggende gedachte hierbij is dat het tijdig helpen van wanbetalers incassokosten en hoge schulden kan voorkomen of verminderen. Bij de afspraken tussen de gemeente en Zilveren Kruis over de gemeentepolis is door de zorgverzekeraar een wijkbudget en capaciteit vrijgemaakt.

Organisatie | De gemeentepolis wordt in deze case gezien als drager van de samenwerkingsafspraken tussen de gemeente en zorgverzekeraar.

Bereik | Zilveren Kruis stuurt periodiek een signaal van verzekerden woonachtig in de gemeente Amsterdam met een schuld van minimaal twee maanden naar het registratiesysteem van Vroeg Eropaf. Hierna voert een MaDi binnen 28 dagen een huisbezoek uit en meldt het resultaat weer in het registratiesysteem. Op deze wijze wordt voor de doelgroep van de Gemeentepolis schuldenproblematiek voorkomen.

Rol gemeentepolis

1. De gemeentepolis **faciliteert** en **initieert** de organisatie van diverse samenwerkingstrajecten (in deze case schuldhulpverlening) tussen Zilveren Kruis en gemeenten.
2. De gemeentepolis zorgt voor (co-) **financiering** van het project Vroeg Eropaf.

Instrument | Wijkinitiatieven (doelgroep gemeentelijke beleid) en gezondheidsbudget (voor deelnemers gemeentepolis, zowel via gemeente als zorgverzekeraar).

Ervaringslessen | De gemeentepolis dient als basis voor de afspraken over de bredere samenwerking zorgverzekeraar – gemeente.

5. Slotbeschouwing: bouwstenen voor verbinding

Het onderzoek beschrijft de huidige rol van de gemeentepolis bij preventie, oftewel de manier waarop de gemeentepolis wordt ingezet om preventie te ontsluiten voor mensen in een kwetsbare positie. Diverse betrokkenen bij het onderzoek (het ministerie van VWS als opdrachtgever, maar ook vanuit onder andere de review sessies) hebben het verzoek geuit om tevens een doorkijk te schetsen van 'hoe het ook zou kunnen'. Oftewel een werkwijze hoe preventie met meer kracht opgepakt kan worden in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, en hoe de gemeentepolis daarin een (nog) grotere rol kan nemen.

In dit hoofdstuk gaan we in op dat verzoek. We geven daarbij geen blauwdruk van hoe het zou moeten zijn: dat zou niet alleen te aanmatigend zijn maar ook geen recht doen aan de (lokale) diversiteit tussen gemeenten en zorgverzekeraars. In dit hoofdstuk geven we wel bouwstenen om preventie met meer richting en daadkracht te organiseren, met de gemeentepolis als verbinder tussen partijen.

1. Fondsen voor kickstart, polisvoorwaarden voor borging

Het verankeren van preventie interventies in de polisvoorwaarden van de gemeentepolis heeft een evidente meerwaarde. Daarmee wordt immers een duurzame financiering gerealiseerd. De weg daarnaartoe blijkt echter lang en lastig. Niet alleen omdat zorgverzekeraars streven naar uniformiteit tussen zorgpolissen (en er dus minder ruimte is voor maatwerk in doelgroepolissen), maar ook vanwege de vereiste doch moeilijk aantoonbare (kosten)effectiviteit van preventie. Zo dreigt een impasse te ontstaan: partijen willen inzetten op preventie voor de doelgroep van de gemeentepolis, maar struikelen over vereisten voor opname in een polis.

Met de inzet van lokale fondsen of budgetten (zie 3-1.2) kunnen gemeenten en zorgverzekeraars dit doorbreken. Preventie interventies hoeven dan niet (per se of direct) in de gemeentepolis opgenomen te worden, maar kunnen primair bekostigd worden uit deze middelen. Zij bieden dan een kickstart om gezamenlijke preventie initiatieven te starten. Bij bewezen effectiviteit en gedeelde tevredenheid kan een interventie op termijn alsnog in de gemeentepolis worden opgenomen. Of in alle (aanvullende) zorgverzekeringen van de betreffende zorgverzekeraar – de gemeentepolis dient dan als 'innovator' voor de gehele verzekeringslijn.

Het is aan gemeente en zorgverzekeraar om in onderlinge afstemming (onderhandeling) te komen tot de aard en omvang van deze fondsen en budgetten. In de praktijk zien we dat de contractbesprekingen tussen gemeente en zorgverzekeraar over de gemeentepolis een passend 'haakje' bieden om tot passende afspraken te komen.

2. Van business case naar gezamenlijke doelstelling en continue meting

De meeste zorgverzekeraars verlangen een business case onder preventie. Dit blijkt een stevige drempel op te werpen. Alleen al omdat business cases betwistbaar zijn, ook bij preventie. In het onderzoek hebben we verzekeraars gesproken die daarom een andere route lopen: van belief naar bewijs, in plaats van andersom.

Dat is geen vrijblijvend traject. Het vereist dat gemeente en zorgverzekeraar starten vanuit een gedeelde doelstelling. Geen abstracte vergezichten, maar een doelstelling die concreet, ambitieus en realistisch is. En in plaats van een business case voorop: gedurende de looptijd een goede monitoring op de (kosten)effectiviteit van de interventie zodat bewijs en ervaring wordt opgedaan. Zo kan na afloop van het traject een gefundeerde keuze worden gemaakt tussen continueren/intensiveren van of stoppen met de interventie.

3. Niet alleen interveniëren maar ook signaleren

Het onderzoek bevestigt het beeld dat het bereik van preventie interventies erg laag is. Anders gezegd, de preventie die opgenomen is in de gemeentepolis wordt door weinig deelnemers daadwerkelijk benut. Strikte inclusiecriteria spelen hierbij zeker een rol. Maar ook waar deze ruimer zijn, valt het aantal deelnemers in de gemeentepolis dat ook deelneemt in een preventie interventie vaak tegen.

Wij vermoeden dat hier twee aanvullende oorzaken voor zijn. Op de eerste plaats is er lage bekendheid met de preventie dekkingen in de gemeentepolis. Hier speelt de terughoudendheid van zorgverzekeraars om proactief over dekkingen te communiceren ongetwijfeld een rol. Ook is het de vraag of een uitnodiging tot deelname aan een *specifieke interventie* wel aansluit op de behoefte en beleving van mensen: ‘waarom ik’ en ‘wat moet ik daarmee’. Het alternatief kan zijn om mensen uit te nodigen voor een vitaliteitscheck, waarbij iemand inzicht wordt geboden in zijn/haar persoonlijke fitheid. Met daarachter zo nodig en gewenst toegang tot een brede paraplu (providerboog) aan interventies, gericht op het verbeteren van de gezondheid.

In de praktijk kan dit er als volgt uit zien: mensen met een verhoogd risico op zorgkosten (zoals dus deelnemers aan de gemeentepolis, zie ook hoofdstuk 2) worden uitgenodigd voor een screening op fysieke en mentale gezondheid. Als instrument kan bijvoorbeeld dienen de Persoonlijke Gezondheidscheck¹⁹ of de ‘persoonlijke fitheidsgesprekken’ vanuit het Vitaliteitscontract²⁰. Mensen worden bewust van hun gezondheid en hun eigen rol en verantwoordelijkheid daarbij. Bij ‘code oranje’ kunnen deelnemers worden geattendeerd op een breed palet aan interventies. Deze interventies zijn zo nodig (para)medisch van aard, maar bestaan juist ook uit leefstijlinterventies en het lokaal aanwezige sport- en beweegaanbod.

Een dergelijk screeningsinstrument kan opgenomen worden in de gemeentepolis, of (in eerste instantie) gefinancierd worden uit de hiervoor genoemde fondsen of budgetten. Hieruit kan ook de organisatie van ‘vinden en verwijzen’ bekostigd worden. De interventies in de paraplu worden afhankelijk van de aard van de interventie bekostigd vanuit de polis (bijvoorbeeld bij de inzet van een diëtist) of vanuit de gemeente (bijvoorbeeld bij sporten als interventie). En ook hier kunnen fondsen of budgetten een primaire financieringsbron zijn.

4. Van consumeren naar continueren en co-creëren

Het bewust maken van de eigen gezondheidssituatie en het bieden van een oplossing-op-maat uit een brede paraplu van interventies kunnen bijdragen aan meer commitment van en betrokkenheid bij deelnemers. Vervolgens is het de kunst om mensen niet een eenmalige ‘fix’ te bieden, maar doorlópend betrokken te houden bij hun gezondheid. Het gaat kortom om het continueren na de interventie, ook vanuit de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.

In het onderzoek zijn spaarprogramma’s zoals SamenGezond aan de orde gekomen. Wij denken dat dergelijke programma’s de mogelijkheid bieden om deelnemers doorlopend betrokken en bewust te houden van hun gezondheid en de eigen rol daarbij. Bijvoorbeeld door deelnemers blijvend inzicht te geven in de zich ontwikkelende gezondheidssituatie (continue meting) en door gezond gedrag te belonen met spaarpunten – die mogelijk ook omgezet kunnen worden in (extra) korting op de gemeentepolis. Hiermee wordt een ‘systeem’ gebouwd dat gericht is op een individueel en continue proces van gezondheidsbewustzijn, met waar nodig een interventie-op-maat als onderdeel daarvan (in plaats van als invulling daarvan).

5. Weet wat je wilt maar behoud flexibiliteit

Als vijfde en laatste bouwsteen wijzen wij graag op een essentiële samenwerkingsvaardigheid: het lef om een deel van de eigen autonomie op te geven in het vertrouwen er meer voor terug te krijgen²¹. Partijen die samen werk willen maken van preventie adviseren wij om een scherp beeld te hebben wat de eigen organisatie wil bereiken, hoe de andere partij(en) erin staan (bijvoorbeeld door de zorgverzekeraar te ‘plotten’ op de acht continuïms uit hoofdstuk 3-1) én door de flexibiliteit te behouden om vanuit deze posities tot afspraken en acties te komen.

¹⁹ Was Preventieconsult, <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/de-persoonlijke-gezondheidscheck-vervangt-het-preventieconsult>

²⁰ Zie ook http://www.nphf.nl/impuls/107/blog_20160705/

²¹ Kaats en Opheij, *Over vermogen tot verbinden gesproken*, M&O nr 1 januari/februari 2011, pp51-68.

Bijlagen

Bijlage I. Overzicht preventievergoedingen in gemeentepolis 2017 (per zorgverzekeraar)

	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	VGZ - Univé	Zilveren Kruis	Zorg en Zekerheid
Preventieve geneeskunde								
Griepvaccinatie	+			=			=	
Preventief medisch onderzoek				+		+		+
Hart/bloedvatenonderzoek	=		=					
Cholesterolonderzoek						+		
Paramedische zorg								
Diëtetiek	=	+	+	+		=	+	Δ
Ergotherapie	=			=		=	=	+
Adem- en ontspanningstherapie		=				=		
(Overgangs)consult voor vrouwen	=		Δ	=	=	=	Δ	Δ
Beweegprogramma's	=	Δ	=	+	=		Δ	Δ
Therapeutisch zwemmen		=		=	=		Δ	
Kraamzorg								
Prenatale screening	=				=	+		=
Thuiszorg en welzijnsvoorzieningen								
Mantelzorg	=	+	=	=	=	=	=	=
Cursussen en extra vergoedingen								
Cursussen	Δ	Δ	+	Δ	=	=	=	Δ
Zwangerschapscursussen	=	Δ			=	=	Δ	=
Lidmaatschap patiëntenvereniging	+	+	+	+		+		Δ
Stoppen met roken	Δ				=			Δ
Fitness		=						
Tandheelkundige hulp vanaf 18 jaar								
Consultatie en diagnostiek	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ
Preventieve mondzorg	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ
Psychische hulpverlening								
Basis geestelijke gezondheidszorg	=	=			=	=		Δ

* Dekking mogelijk vanuit de uitbreiding van de dekking voor 'cursussen' in de polisvoorwaarden van de gemeentepolis

Legenda

- +
 - Δ
 - =
- + maatwerkdekking, specifiek toegevoegd in de gemeentepolis
 Δ dekking uitgebreid in de gemeentepolis t.o.v. de onderliggende reguliere aanvullende verzekering
 = dekking is aanwezig in onderliggende reguliere aanvullende verzekering

Bijlage II. Interview format: gesprekken met zorgverzekeraars

Onderdeel 0: Opening, kennismaking, achtergrond bij onderzoek preventie in gemeentepolis

Onderdeel 1: visie bij preventie

- Rol en visie zorgverzekeraar (is er onderscheid tussen concern (9) en risicodragers (25)?)
- Visie bij preventie in gemeentepolis
- Focus op doelgroep laag inkomen / lage SES
- Samenwerking met gemeenten
hoe geeft men dit vorm? Met hoeveel van de gemeenten is contact? Hoe verloopt dit concreet? Met wie spreekt men binnen gemeenten? Welke functionaris van de zorgverzekeraars voert de bespreking?

Onderdeel 2: Verdieping huidige preventiedekkingen gemeentepolis

- Bespreken en aanscherpen *analyse preventiedekking in de gemeentepolissen (stap 1)*
- Preventie vanuit de basisverzekering, aanvullende verzekering en gemeentelijke uitbreidingen (feiten)
hoe kijkt de zorgverzekeraar hier tegen aan? Is dit voldoende? Wat zijn kansen en belemmeringen? (mening)
- Gecontracteerde aanbieders voor leveren preventie
- Voorwaarden (zorginkoop)
- Inclusiecriteria per dekking
- Wat is de meerwaarde voor de zorgverzekeraar om een preventieproduct wel/niet in de gemeentepolis op te nemen? Waar wordt deze afweging gemaakt over wat wel/niet in de polis wordt opgenomen?
- Wat heeft de zorgverzekeraar nodig vanuit de (landelijke) politiek en/of het ministerie van VWS om samenwerking met gemeenten (al dan niet via de gemeentepolis) op het gebied van preventie tot een succes te maken?

Onderdeel 3: Financiering van preventie interventies in de gemeentepolis

- Individuele afspraken met gemeente(n)
- Projectbudget of andere vormen van financiering

Onderdeel 4: betrokken partijen bij totstandkoming preventieprogramma

- Betrokkenheid andere partij(en), zoals.....
- Verwijzing en aansluiting op regulier (sport/welzijns-)aanbod

Onderdeel 5: bereik van preventieprogramma's in gemeentepolis

- Aantal deelnemers
- Communicatie over inhoud van dekkingen naar deelnemers (wie doet wat en waarom)
- Aandacht aan gedragsbeïnvloeding bij deelnemers aan preventieprogramma's

Onderdeel 6: effect van preventieprogramma's

- Onderzoeken of (periodieke) evaluaties?
- Betrokkenheid en belang dat zorgverzekeraars (en gemeenten) hier aan hechten

Onderdeel 7: Cases zorgverzekeraar i.h.k.v. preventie in gemeentepolis (stap 3)

- Bespreken van alle cases
- (voorlopige) selectie relevante en leerzame best practice(s) samen met zorgverzekeraar

Onderdeel 8: aanvullingen en aanbevelingen zorgverzekeraar

Onderdeel 9: toelichting op vervolg van het onderzoek

Bijlage III. Interviewoverzicht

zorgverzekeraar	datum gesprek	gesproken met
DSW	28/09/2016	dhr. J. Papac (adjunct-directeur) dhr. D. Pons (medisch directeur)
De Friesland	29/09/2016	dhr. T. Brookman (productmanager) dhr. P. Verkerk (adviseur propositie ontwikkeling)
Zorg en Zekerheid	12/10/2016	dhr. H. Rietveld (product manager)
VGZ/Univé	20/10/2016	mw. H. Schoenmakers (beleidscoördinator VGZ) mw. L. Voragen (strategisch innovatiemanager VGZ) mw. A. Holtman (propositiemanager Zorg Univé)
CZ	24/10/2016	mw. M. Johannesma (programmamanager zorginnovatie) dhr. J. van Heteren (accountmanager gemeenten)
Salland Zorgverzekeringen	08/11/2016	dhr. M. van der Most (projectmanager innovatie gezondheid)
Menzis	10/11/2016	dhr. G. Jansen (productmanager) dhr. R. Bouma (programmamanager)
Zilveren Kruis	24/11/2016	mw. A. Gomes (strategisch adviseur zorginkoop gemeenten)

Bijlage IV. Aanwezigen review sessies

Aanwezigen meeting met betrokken deskundigen op 5 december 2016

naam	organisatie
mw. H. Dokter	Ministerie van VWS
mw. C. Bos	Ministerie van VWS
mw. H. Zunderman	Ministerie van VWS
mw. I. Been	Ministerie van VWS
mw. I. Claessens	Ministerie van VWS
mw. M. Reuser	Ministerie van VWS
mw. M. Hofstede	Ministerie van VWS
mw. A. de Wit-in 't Veld	Ministerie van VWS
mw. S. Potting	Ministerie van VWS
dhr. R. Lemmers	Ministerie van VWS
dhr. L. Hagens	Ministerie van VWS
mw. A. Kanhai	Ministerie van VWS
mw. K. den Hartog	Gemeente Amsterdam
mw. J. Maasland	VNG
mw. I. Lottman	GGD Hollands Midden
mw. A. Naus	GGD Hollands Midden
dhr. T. Ploch	NPHF
dhr. M. Roosenboom	'Alles is Gezondheid'
mw. M. Bouwmans	ZN
dhr. P. Rijnbeek	Kenniscentrum Sport
mw. H. Drewes	RIVM
mw. A. Koornstra	GGD GHOR
mw. A. Gomes	Zilveren Kruis
dhr. J. Donker	Gemeente Utrecht
dhr. M. van der Veen	Gemeente Enschede

Aanwezigen meeting met 'kopgroep gemeenten' op 26 januari 2017

naam	organisatie
mw. D. Stolker	GGD Hollands Midden
dhr. P. de Ruiters	GGD Drenthe
mw. M. Gerritsen	Gemeente Apeldoorn
mw. M. Tienen	Gemeente Almere
mw. M. Verschelling	Gemeente Utrecht
mw. A. Koornstra	GGD GHOR
mw. H. Dokter	Ministerie van VWS
mw. K. den Hartog	Gemeente Amsterdam
mw. J. Maasland	VNG
mw. S. Noorlandt	VNG