

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

Ongewenste zorgmijding onder kwetsbare groepen

Maatregelen van gemeenten en zorgverzekeraars

Offerte - Utrecht, 6 april 2020

*Verwey-
Jonker*
Instituut

Inhoudsopgave

1.	Inleiding: zorgmijding onder kwetsbare groepen	3
1.1.	Onderzoek naar zorgmijding onder kwetsbare groepen	4
1.2.	Leeswijzer.....	4
2.	Plan van aanpak.....	5
2.1.	Fase 1. Start van het onderzoek en beantwoording onderzoeksvraag 1	6
2.2.	Fase 2. EffectenArena's bij selectie van 6 maatregelen	9
2.3.	Fase 3. Analyse en rapportage.....	12
2.4.	Samenwerking met de directie Zorgverzekeringen en de klankbordgroep	12
3.	Planning en risicobeheersing.....	14
3.1.	Risico's en risicobeheersing	15
4.	Team	16
4.1.	Onderzoeksteam	16
5.	Begroting in uren.....	18
6.	Referenties.....	19
	Bijlage 1: EffectenArena op afstand: Plan B	20
	Bijlage 2 Het Verwey-Jonker Instituut - Richtinggevend en actueel	22
	Bijlage 3 Relevante projecten.....	23

1. Inleiding: zorgmijding onder kwetsbare groepen

Zorgmijding is een urgent maatschappelijk probleem. Zorgmijders komen pas in beeld bij de zorg wanneer er zich een urgente situatie voordoet, zoals een acuut gezondheidsprobleem, een melding bij Veilig Thuis of huisuitzetting. Dergelijke escalaties zijn niet alleen problematisch voor de persoon zelf, maar brengen ook hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Ongeveer twintig procent van de zorgmijders ziet af van zorg vanwege financiële redenen (Nivel, 2018).

Er zijn signalen dat zorgmijding vanwege financiële overwegingen de afgelopen jaren is afgenomen en dat het kennisniveau over compensatiemaatregelen is toegenomen (Nivel, 2018). Tegelijkertijd signaleert de directie Zorgverzekeringen van het ministerie van VWS dat gemeenten, cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars problemen ervaren bij het vroegtijdig in beeld krijgen van kwetsbare verzekerden die vanwege financiële redenen afzien van een eerstelijnszorg, zoals de huisarts of tandarts, en/of vervolgzorg naar aanleiding van eerstelijnszorg (Van Esch, Brabers, Groenewegen & De Jong, 2015). Voorbeelden van vervolgzorg zijn het gaan gebruiken van geneesmiddelen, diagnostisch onderzoek en een verwijzing naar een medisch specialist.

De groep kwetsbare verzekerden is breed en divers. De gemene deler is dat bij deze kwetsbare groepen de draaglast tijdelijk of structureel groter is dan de draagkracht (Winsemius, 2011; Van Esch, 2015 et al.; Nederland & Stavenuiter, 2008). Bij draaglast gaat het bijvoorbeeld om financiële problemen, stress in de thuissituatie of gezondheidsproblemen. Bij draagkracht gaat het om zaken als geletterdheid en gezondheidsvaardigheden en om hele praktische zaken zoals mobiliteit. Van kwetsbare groepen is verder bekend dat zij een groter dan gemiddeld wantrouwen hebben jegens instituties, zoals de overheid, de zorg en het verzekeringswezen (Vettenburg, 1998).

De kenmerken van kwetsbare verzekerden spelen een rol bij zorgmijding vanwege financiële redenen. Zo zijn het hebben van schulden, de overtuiging dat zorgverleners weinig invloed hebben op de eigen gezondheid en wantrouwen richting geneesmiddelen verklaringen voor zorgmijding. Ook weten we dat bij zorgmijding laaggeletterdheid, beperkte digitale vaardigheden en beperkte kennis van het Nederlandse zorgstelsel een rol spelen. Mensen met beperkte kennis van de zorg hebben bijvoorbeeld vaker dan gemiddeld het idee dat zij door het afnemen van zorg het risico lopen om kosten te maken die zij niet kunnen dragen. Zij vermijden dan zorg omdat zij bijvoorbeeld denken dat ze kosten moeten maken vanwege het eigen risico of de wettelijke eigen bijdrage voor zorg. Ook wanneer dit niet het geval is, zoals bij huisartsbezoek, wijkverpleging en kraamzorg.

Samengevat, zorgmijding om financiële redenen speelt in ieder geval een rol bij de volgende groepen:

- Mensen met een laag inkomen, omdat zij financiële drempels ervaren voor het afnemen van zorg. Het gaat dan om zowel daadwerkelijke als gepercipieerde drempels.
- Jongvolwassenen van 18-25 jaar die zich voor het eerst zelf verzekeren. Ook mensen uit deze groep met voldoende financiële middelen kunnen financiële drempels ervaren voor het afnemen van zorg, omdat zij nog vrij onbekend zijn met de zorgverzekering. Bovendien speelt voor deze groep dat zij vaker kiezen voor een hoger eigen risico wat kan leiden tot meer zorgmijding.
- Mensen met een migratieachtergrond, wanneer sprake is van beperkte kennis van de Nederlandse taal en/of de Nederlandse zorg en zorgverzekering.
- Mensen met een verstandelijke beperking, omdat bij hen de kans groot is dat ze beperkt kennis hebben van hoe de zorg en de zorgverzekering werkt.
- Mensen met ggz-problematiek, vanwege financiële angsten en zorgen, vanwege algemene verwardheid of vanwege eerdere negatieve ervaringen met hulp.
- Chronisch zieken. Bij deze groep zijn de kosten voor zorg vaak hoog en structureel, wat kan leiden tot zorgen. Ook omdat misschien niet alle zorg is verzekerd in het basispakket.

- Sociaal kwetsbare ouderen, en in het bijzonder de groep senioren zonder vermogen. Bij deze groep kan ook mobiliteit een rol spelen, als zij verwachten hoge kosten te moeten maken om bij een zorgverlener te komen en niet weten dat of hoe deze in aanmerking komen voor fiscale aftrek.

1.1. Onderzoek naar zorgmijding onder kwetsbare groepen

Het ministerie van VWS wil nu graag via een onderzoek een beter beeld krijgen van de maatregelen die zorgverzekeraars en gemeenten nemen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen tegen te gaan. Voor dat onderzoek heeft het ministerie twee onderzoeksvragen geformuleerd, die we weergeven in Kader 1.

Kader 1. Onderzoeksvragen

1. Welke maatregelen worden er nu door zorgverzekeraars en gemeenten genomen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen tegen te gaan?
 - a. Wat is het precieze doel van de maatregelen/het beleid?
 - b. Welk onderliggend financieel probleem wordt beoogd tegen te gaan?
 - c. Hoe worden de maatregelen/het beleid onder de aandacht gebracht van de cliënten?
2. Wat waren de effecten van de (informatievoorziening rondom deze) maatregelen/dit beleid? Wat werkt wel en wat niet?

Afbakening van de onderzoeksvragen

Op basis van de offerteaanvraag hebben wij de onderzoeksvraag als volgt afgebakend.

- Het gaat om mijding van zorg uit de Zorgverzekeringswet, en zowel het basispakket als de aanvullende verzekering.
- De focus ligt op ongewenste zorgmijding vanwege de eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet, zoals het eigen risico en wettelijke eigen bijdragen.
- Het ministerie is niet alleen op zoek naar de effecten van de 'standaard' maatregelen om zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen, maar juist ook op andere mogelijk minder bekende maatregelen. Een voorbeeld van een standaard maatregel is dat bij veel gemeentepolissen via de aanvullende verzekering het verplichte eigen risico wordt herverzekerd.

1.2. Leeswijzer

In het vervolg van deze offerte leest u eerst ons plan van aanpak voor het onderzoek. Daarna volgt de planning, inclusief een beschrijving van hoe wij omgaan met de risico's binnen dit onderzoek. Vervolgens presenteren we het team dat bij gunning het onderzoek zal uitvoeren en een begroting in uren.

2. Plan van aanpak

De uitvoering van dit onderzoek delen we op in drie fasen. Eerst houden we voor de beantwoording van onderzoeksvraag 1 een interviewronde met actoren die in hun dagelijkse werk te maken hebben met zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen. Daarna brengen we via het instrument Effectenarena de effecten in beeld van een selectie van door zorgverzekeraars en gemeenten ingezette maatregelen, en ook wat wel en niet goed werkt in deze maatregelen (onderzoeksvraag 2). Ten slotte beschrijven we de antwoorden op de onderzoeksvragen in een rapportage, inclusief een managementsamenvatting van de belangrijkste conclusies.

Tabel 1 is een overzicht op hoofdlijnen van de activiteiten per fase en de opbrengsten per fase. Onder de tabel lichten we deze nader toe.

Tabel 1 Activiteiten en opbrengsten per fase van het onderzoek

	Activiteiten op hoofdlijnen per fase	Opbrengsten per fase
Fase 1	• Startgesprek met directie Zorgverzekeringen. • Bijeenkomst met de klankbordgroep. • Interviewronde langs landelijke en lokale partijen • Beantwoorden op onderzoeksvraag 1	• Antwoord op onderzoeksvraag 1. • Selectie van nader te onderzoeken maatregelen.
Fase 2	• Onderzoek bij de geselecteerde maatregelen via groepsinterviews volgens de methode EffectenArena, korte (telefonische) gesprekken met de doelgroep en analyse van documentatie. • Analysebijeenkomst met de klankbordgroep.	• Inzicht in de effecten van de geselecteerde maatregelen. • Discussiestuk over de effecten van de geselecteerde maatregelen, wat wel/niet werkte in de maatregelen en de bruikbaarheid van de maatregelen voor verschillende kwetsbare groepen.
Fase 3	• Analyse van de data. • Schrijven rapportage. • Bespreking conceptrapportage met opdrachtgever.	• Conceptrapportage. • Definitieve rapportage.

2.1. Fase 1. Start van het onderzoek en beantwoording onderzoeksvraag 1

In deze fase voeren we de volgende activiteiten uit:

- Een startgesprek met de directie Zorgverzekeringen.
- Interviews met landelijke en lokale actoren.
- Een bijeenkomst met de klankbordgroep.
- Selectie van maatregelen voor verdiepend onderzoek in fase 2.

Startgesprek

Bij gunning van de opdracht plannen we graag eerst een startgesprek om kennis te maken. Verder maken we tijdens het startgesprek graag afspraken over de onderlinge samenwerking, de tussentijdse overlegmomenten en de door ons op te leveren tussenproducten en eindrapportage. Vanuit ons zal in ieder geval de projectleider aanwezig zijn en ook in ieder geval een van de twee andere onderzoekers uit het onderzoeksteam. Wij geven de voorkeur aan een persoonlijke kennismaking, maar hebben de afgelopen weken ervaren dat een startgesprek met de opdrachtgever via een video-conferentie een prima alternatief is in deze tijd van beperkende maatregelen vanwege de Corona-uitbraak.

Bijeenkomst met de klankbordgroep

Voor het bepalen van de koers van het onderzoek is het waardevol als we bij aanvang van het onderzoek ook snel een bijeenkomst plannen met de klankbordgroep. We vragen de klankbordgroep dan om mee te denken over de opzet van het onderzoek en de selectie van de interviewen landelijke en lokale actoren. We zien de leden van de klankbordgroep tevens als experts op het onderwerp van dit onderzoek. We kunnen ons daarom goed voorstellen dat we klankbordgroep tijdens de eerste bijeenkomst ook vragen om inhoudelijke input. Bijvoorbeeld als het gaat om de hun bekende veelbelovende succesvolle, concrete en out-of-the-box maatregelen van zorgverzekeraars en gemeenten om zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen tegen te gaan, en naar de kansen en knelpunten bij dergelijke maatregelen.

Interviews met landelijke en lokale actoren

Om een overzicht te krijgen van de maatregelen die zorgverzekeraars en gemeenten nemen om zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen te verminderen, doen we een interviewronde langs actoren die hier in hun dagelijks werk mee te maken hebben. De selectie van de te interviewen actoren maken we definitief tijdens het startgesprek samen met de directie Zorgverzekeringen. Ook maken we hierbij graag gebruik van de kennis en het netwerk van de klankbordgroep. Wij denken bijvoorbeeld aan interviews met.

- Huisartsen die werken in lage SES wijken. Vanuit ons eigen netwerk hebben we samenwerkingsafspraken met verschillende huisartsenpraktijken, onder andere in lage SES wijken in Rotterdam.
- Zorgverzekeraars. We hebben al met twee zorgverzekeraars contact gehad en zij hebben aangegeven graag mee te werken aan een vervolg.
- Gemeenten. Het Verwey-Jonker Instituut doet veel onderzoek naar het werken in buurt- en wijkteams. In die onderzoeken zien we terug dat de bewoners waarmee de wijkteams in aanraking komen verschillende problemen ervaren, waaronder financiële problemen, gezondheidsproblemen en beperkte kennis van de zorg en verzekeringen in Nederland. We verwachten daarom dat beleidsadviseurs van gemeenten die werken met buurt- of wijkteams veel informatie kunnen geven over de maatregelen die zij (samen met zorgverzekeraars) nemen om zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen te verminderen. Vanuit ons eigen netwerk denken we bijvoorbeeld aan de gemeenten Utrecht, Rotterdam en Enschede.
- Patiënten- en cliëntenorganisaties, zoals de Patiëntenfederatie en Iederin.
- Organisaties met kennis van de voor dit onderzoek relevante kwetsbare groepen, zoals ANBO en NOOM voor ouderen (met een migratieachtergrond) en MEE voor mensen met een licht verstandelijke beperking.

- Lokale fondsen waar mensen kunnen aankloppen voor financiële ondersteuning bij problemen (waaronder medische problemen) die zij nergens anders kunnen oplossen. Een voorbeeld hiervan is Fonds Bijzondere Noden Rotterdam.

De interviews

De interviews met de landelijke en lokale actoren hebben een verkennend karakter. We vragen de geïnterviewden bij welke maatregelen om zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen te verminderen zij betrokken zijn. Voor deze maatregelen vragen we ook naar het precieze doel, hoe succesvol zij de maatregelen inschatten en wat zij als werkzame elementen zien binnen de maatregelen. Daarnaast vragen we de geïnterviewden welke andere kansrijke maatregelen gericht op het verminderen van zorgmijding om financiële redenen bij kwetsbare groepen zij kennen. In het laatste deel van het interview kijken we met de geïnterviewde mee vanuit een helikopterperspectief naar wat zij zien als kansrijke manieren om zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen tegen te gaan en naar wat zij zien als knelpunten bij het bereiken van kwetsbare verzekerden. We nemen de interviews bij voorkeur af op de werklocatie van de geïnterviewde. Indien op het moment van de interviews de beperkende maatregelen vanwege de Corona-uitbraak nog gelden, nemen we de interviews telefonisch of via video-gesprek plaatsvinden. Hier hadden we ook al voor de Corona-uitbraak ervaring mee en dit heeft geen effect op de kwaliteit van een interview.

Van ieder interview maken we een samenvattend verslag. We hanteren bij het opslaan van de data een gegevens- en datamanagementplan in overeenstemming met de algemene verordening persoonsgegevens (AVG), zoals deze per 25 mei 2018 wettelijk van kracht is. De interviewverslagen zijn alleen toegankelijk voor de betrokken onderzoekers. Voorafgaand aan het interview vragen we de geïnterviewde om een informed consent formulier te tekenen waarin staat dat hij een goede uitleg heeft gekregen over het onderzoek, dat hij weet dat hij ieder moment kan stoppen met het interview, weet hoe zijn anonimiteit wordt gewaarborgd, en dat hij weet dat het interview wordt opgenomen. Uiteraard tekent ook de onderzoeker het formulier.

Afronding fase 1

Aan het einde van fase 1 beantwoorden we onderzoeksvraag 1 over welke maatregelen zorgverzekeraars en gemeenten noemen om zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen te verminderen. We geven geen uitputtend overzicht van de maatregelen, maar zoomen in op als succesvol ervaren en gebleken maatregelen. We ontwikkelen clusters van typen maatregelen, waarbij wij bijvoorbeeld denken aan de clusters:

- Bekendheid maken van en communicatie over compensatie-mogelijkheden
- Integrale vroeg-signalering van zorgmijding en het niet maken van zorgkosten
- Laagdrempelige medische voorzieningen.
- Formele regelingen: minimapakket, omgang met betalingsachterstanden

Kader 2 toont enkele voorbeelden van maatregelen die graag zouden meenemen in het onderzoek.

Kader 2. Voorbeelden van maatregelen die wij graag zouden meenemen in het onderzoek

- Bij het *bekend maken van en communicatie over compensatie-mogelijkheden* zien we de voorzieningenwijzer als een goed voorbeeld. De voorzieningenwijzer wordt door gemeenten in samenwerking met woningbouwcorporaties aangeboden aan inwoners. Het instrument heeft als doel om kwetsbare burgers te bereiken en middels keukentafelgesprekken inzichtelijk te maken wat besparingsmogelijkheden zijn voor het huishouden. Samen met de consultant wordt ook gekeken naar mogelijkheden om gebruik te maken van minimaregelingen en/of toeslagen. Aanvullend geeft de consultant advies over onder meer een passende zorgverzekering.
- Een voorbeeld van *integrale vroeg-signalering van zorgmijding en het niet maken van zorgkosten* dat we willen meenemen in dit onderzoek is een aanpak vanuit de gemeente Utrecht. De aanpak is gericht op het vroegtijdig voorkomen van armoede en schulden. Met de aanpak wil de gemeente de gemeentelijke regelingen vereenvoudigen en beter aansluiten op de leefwereld van kwetsbare mensen. Daarnaast is er aandacht voor vroeg-signalering van huurachterstand en betalingsachterstanden van de zorgverzekering en/of energierekening. Dit gebeurt onder andere in samenwerking met Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid.
- Bij het bekend maken van *formele regelingen*, zoals minimapakketten, nemen we graag maatregelen mee waarbij zorgverzekeraars en gemeenten nieuwe manieren gebruiken om deze onder de aandacht te brengen. We denken bijvoorbeeld aan bekendmaking via spreekuren in buurthuizen, via sleutelfiguren en via hulp- en zorgverleners. In dit verband zien we ook de door de gemeente Emmen ingezette poliswijzer als een interessante maatregel. De poliswijzer helpt mensen een inkomen hebben tot 110% van de bijstandsnorm bij het samenstellen van een zorgverzekering die bij hen past.

Keuzemoment: shortlist maatregelen

We ronden fase 1 af met een tussentijds overleg met de directie Zorgverzekeringen, waarbij we ons goed kunnen voorstellen dat ook een of enkele leden van de klankbordgroep aansluiten om vanuit hun expertise mee te denken en te adviseren. In dit overleg bespreken we het antwoord op onderzoeksvraag 1 met bijzondere aandacht voor de clusters van typen maatregelen. Ook kiezen we graag gezamenlijk de nader te onderzoeken maatregelen, waarbij wij een ruime initiële selectie van maatregelen aanleveren met een onderbouwing waarom verdiepend onderzoek bij *deze* maatregelen helpt bij de beantwoording van onderzoeksvraag 2.

We selecteren de zes maatregelen op basis van een aantal nog te bepalen criteria, maar in ieder geval selecteren we succesvolle, concrete, out-of-the box maatregelen. Ook selecteren we van ieder cluster in ieder geval één maatregel. De overige selectiecriteria stellen we vast in overleg met de directie Zorgverzekeringen, waarbij wij uiteraard een eerste lijst met criteria aanleveren. Voorbeelden van selectiecriteria waar wij nu aan denken zijn spreiding over de in de inleiding genoemde kwetsbare groepen, geografische ligging (stad of platteland) en spreiding over maatregelen van zorgverzekeraars en maatregelen van gemeenten.

2.2. Fase 2. EffectenArena's bij selectie van 6 maatregelen

Onderzoeksvraag 2 gaat over de effecten van maatregelen van zorgverzekeraars en gemeenten gericht op het verminderen van zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen. Dit is niet eenvoudig, omdat er lang niet altijd eerder onderzoek is gedaan naar de maatregelen en het past niet binnen de scope van dit onderzoek om een uitgebreide effectiviteitsstudie te doen. Om toch grip te krijgen op de effecten/meerwaarde van de maatregelen zetten wij het instrument EffectenArena in.

De EffectenArena helpt bij het in beeld brengen van de meerwaarde van maatregelen en projecten, door het organiseren van een interactieve dialoog met betrokkenen rond een werkblad. Wij organiseren voor ieder van de zes geselecteerde maatregelen op locatie een dergelijke EffectenArena-sessie. Indien de maatregelen rondom de corona-uitbraak dit niet toelaten, zullen de sessies digitaal plaatsvinden middels videobellen en interactieve werkbladen (zie bijlage 1).

Voorbereiding EffectenArena-sessies

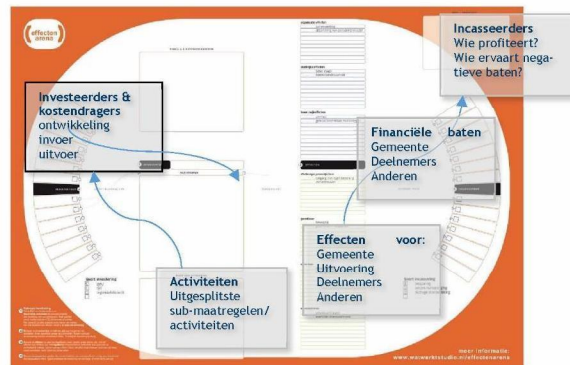
Voorafgaand aan het houden van de EffectenArena-sessies verdiepen wij ons in de geselecteerde maatregelen. We raadplegen bestaande documentatie, zoals beleidsstukken, evaluaties en eventuele onderzoeken. Daarnaast houden wij een telefonisch interview met de betreffende projectleider of -coördinator.

Op basis van de geraadpleegde documentatie en het telefonische interview met de projectleider/-coördinator passen we voor elke maatregel vooraf het format van de EffectenArena aan. Informatie over activiteiten binnen de maatregelen en investeerders worden vooraf ingevuld op basis van beschikbare informatie. Zo is er in het gesprek meer tijd beschikbaar om de effecten te bespreken.

EffectenArena-sessies

Aan tafel zit een diverse groep van maximaal 8 betrokkenen, waaronder uitvoerders van de maatregel, de betreffende gemeente(n) en/of zorgverzekeraars. Ook kan gedacht worden aan initiatiefnemers, projectleiding, betrokken zorgprofessionals en cliëntorganisaties. Per project stellen wij in overleg met de projectleider/coördinator op maat een relevante groep deelnemers samen.

In een gesprek van ongeveer 2,5 uur gaan de deelnemers met elkaar in gesprek over de investeringen die gedaan worden, de acties/activiteiten die ondernomen worden, de resultaten (output), effecten (outcome) en de uiteindelijke incasseerders. Centraal in het gesprek staat de verbinding tussen deze onderdelen (zie figuur 1)



Figuur 1. Werkblad EffectenArena

Bijzonder aan de EffectenArena is dat er geen vragenlijst is: er wordt niet gestuurd met vooraf geformuleerde vragen. Op die manier komen de ervaren effecten uit de mensen zelf. Het gesprek kent wel de volgende structuur/volgorde:

- Welke **activiteiten** zijn er te onderscheiden?
- Wie zijn de **investeerders**?
- **Hoeveel en wat** investeren zij? (Tijd, geld, moeite, ruimte, kennis, expertise, etc.)
- Wat zijn de concrete **resultaten (output)** van de activiteiten (instroom van kwetsbare mensen);
- Welke **effecten** worden ervaren door de betrokkenen?
 - *Eerste orde effecten*, zoals betere signalering problematiek, toename instroom bij huisartsen door zorgmijders, toename verwijzingen, versterkte interdisciplinaire samenwerking.
 - *Tweede- en derde orde effecten*, afname problematiek, zoals verhoogd welzijn, vertrouwen in hulpverlening.
 - Benoemde effecten worden door de gespreksleider getoetst aan alle aanwezigen, maar het is niet noodzakelijk om consensus te bereiken. Wanneer er verschillen bestaan in ervaring van de effecten, zien wij dit als waardevolle onderzoeksinformatie.
- Wie zijn de **incasseerders** van deze effecten, ofwel, wie profiteert bij de investeringen en activiteiten?

Clïëntgesprekken

Per maatregel benaderen wij ten minste twee en maximaal vier personen die zelf - als inwoner/cliënt/patiënt - betrokken waren bij de maatregel. Hierbij gaat het om mensen die onder de noemer zorgmijder vielen en door de maatregel in aanraking zijn gekomen met verzekerde zorg. We benaderen deze personen via de deelnemers van de EffectenArena.

Wij hebben ruime ervaring met het betrekken van kwetsbare groepen in onderzoek, waaronder mensen met een verstandelijke beperking, sociaal kwetsbare ouderen, mensen in situaties van huiselijk geweld en bewoners van lage SES wijken. Voor het bereiken van de cliënten in dit onderzoek zetten wij onze ervaringen uit die eerdere onderzoeken in. We benaderen de cliënten via de bij de maatregelen betrokken professionals. We houden de gesprekken daarom laagdrempelig in de zin dat deze ongeveer 15 tot 20 minuten duren, dat deze telefonisch, via mail of bij mensen thuis plaatsvinden (voorkeur van betreffende persoon is leidend), en dat de thema's die we bespreken gaan over hun eigen ervaringen. We vragen:

- Waarom zij eerder zorg afhielden.
- Hoe zij benaderd zijn via de maatregel.
- Van welke zorg zij sindsdien gebruikmaken.
- Hoe hun kwaliteit van bestaan sindsdien is ontwikkeld.

2.3. Fase 3. Analyse en rapportage

Dit afrondende deel van het onderzoek omvat de volgende activiteiten:

- Analyse.
- Verificatiesessie met de klankbordgroep.
- Rapportage, inclusief bespreking conceptrapportage met de directie Zorgverzekeringen.

Analyse

Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 2 analyseren we de bevindingen uit de EffectenArena's in een analysesessie met het onderzoeksteam. De input voor de analysesessie zijn de visualisaties van de zes EffectenArena's en de verslagen van de EffectenArena's, maar zeker ook de verslagen van de interviews met de landelijke en lokale stakeholders die zijn gehouden in fase 1. In deze interviews hebben we immers ook gevraagd naar wat zij denken dat de effecten van en de kansen en knelpunten zijn in maatregelen ter vermindering van zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen. We beschrijven de uitkomsten van de analysesessie in een bespreknotitie voor de klankbordgroep.

Verificatiesessie met klankbordgroep

We organiseren een verificatiesessie met de klankbordgroep. Hierin bespreken we de voorlopige conclusies van het onderzoek op basis van de bespreknotitie en bieden we de klankbordgroep de gelegenheid om te reageren en de conclusies aan te scherpen. De directie Zorgverzekeringen is van harte uitgenodigd om als toevoerder aanwezig te zijn bij de verificatiesessie.

Rapportage

Op basis van de analyse van de data en de verificatiesessie met de klankbordgroep schrijven we de conceptrapportage waarin we de onderzoeksvragen beantwoorden. Bij de beantwoording van onderzoeksvraag 1 beschrijven we de verschillende door ons onderscheiden clusters van typen maatregelen om zorgmijding vanwege financiële redenen bij kwetsbare groepen te verminderen. Van ieder cluster geven we meerdere voorbeelden. De beantwoording van onderzoeksvraag 2 doen we op hoofdlijnen, dus niet per maatregel. We maken per cluster van maatregelen inzichtelijk wat de effecten zijn, wat wel en niet werkt binnen dit cluster van maatregelen en voor welke kwetsbare groep of welke type financiële reden voor zorgmijding (daadwerkelijk of gepercipieerd risico). Wel voegen we per maatregel een bijlage toe met de visualisatie van de EffectenArena en een korte samenvatting van de effecten en kansen en knelpunten.

We bespreken de conceptrapportage met de directie Zorgverzekeringen, waarna we de rapportage waar nodig aanpassen. Daarna leveren we de eindrapportage op, opgemaakt in een pdf met lay-out in de huisstijl van het Verwey-Jonker Instituut. In principe geeft het Verwey-Jonker Instituut de voorkeur aan een openbaar eindrapport. Wij beschouwen dit als de beste garantie voor de onafhankelijkheid van het onderzoek. De communicatie over de inhoud, van het eindrapport van onderhavig onderzoek wordt uiteraard afgestemd met de opdrachtgever.

2.4. Samenwerking met de directie Zorgverzekeringen en de klankbordgroep

In het plan van aanpak hebben we beschreven hoe wij in dit onderzoek de samenwerking met de directie Zorgverzekeringen en de klankbordgroep voor ons zien. Op hoofdlijnen is dit dat we de directie Zorgverzekeringen de mogelijkheid geven om tussentijds accenten aan te brengen in het onderzoek en dat we belangrijke keuzes in het onderzoek samen maken. Een voorbeeld van een dergelijk keuzemoment is de selectie van de maatregelen voor de EffectenArena's. De klankbordgroep zien we als adviseurs, waarbij wij samen met de directie Zorgverzekeringen beslissingen nemen.

Hieronder volgt nog een opsomming van de momenten waarop wij in ieder geval met de directie Zorgverzekeringen en met de klankbordgroep bij elkaar willen komen. In hoofdstuk 3 over de planning is te zien wanneer deze overlegmomenten ons inziens idealiter zouden plaatsvinden. Uiteraard bepalen we de exacte planning en invulling hiervan tijdens het startgesprek.

Overlegmomenten met de directie Zorgverzekeringen:

- Startgesprek na gunning van de opdracht.
- Tussentijds overleg aan het einde van fase 1, inclusief keuzemoment maatregelen voor de Effecten-Arena's.
- Tussentijds overleg halverwege het afnemen van de EffectenArena's om de ervaringen te delen en eventuele accenten te kunnen leggen in het vervolg van het onderzoek.
- Bespreking conceptrapportage.

Klankbordgroep:

- Bijeenkomst bij aanvang van het onderzoek.
- Verificatiesessie om de conceptbevindingen te bespreken.

Alle gesprekken vinden plaats in Den Haag of via video-conference als de maatregelen rondom de Corona-uitbraak een ontmoeting onmogelijk maken. Wij verzorgen na ieder overleg een schriftelijke terugkoppeling van de gemaakte afspraken. Ten slotte nodigen we de directie Zorgverzekeringen ook van harte uit om als observant aanwezig te zijn bij een of enkele van de Effectenarena's die we houden over de geselecteerde maatregelen. Wij zijn het verder gewend om naast de formele overlegmomenten ook informeel tussentijds contact te houden met de opdrachtgever.

3. Planning en risicobeheersing

In onderstaande tabellen geven we per fase van het onderzoek de planning per week weer. Onder de tabellen bespreken we de risico's en hoe we deze zo veel mogelijk beheersen.

Tabel 2. Planning fase 1

Weeknummer	16	17	18	19	20	21
Startgesprek met Directie Zorgverzekeringen.						
Selectie van te interviewen landelijke en lokale actoren.						
Eerste bijeenkomst met de klankbordgroep.						
Plannen interviews met landelijke en lokale actoren.						
Ontwerpen topiclijst interviews met landelijke actoren.						
Afnemen interviews landelijke en lokale actoren.						
Opstellen criteria voor de selectie van de zes maatregelen voor de EffectenArena's, en vaststellen criteria samen met de directie Zorgverzekeringen.						
Opstellen lijst van mogelijk te onderzoeken maatregelen in fase 2						
Keuzemoment samen met directie Zorgverzekeringen: shortlist van zes maatregelen						

Tabel 3. Planning fase 2

Weeknummer	22	23	24	25	26
Contact leggen met de projectleiders/coördinatoren van de maatregelen en plannen van de Effectenarena's					
Vorbereiding EffectenArena-sessies: documentenanalyse, telefonisch interview en aanpassen format EffectenArena					
Afnemen EffectenArena-sessies					
Tussentijds overleg met directie Zorgverzekeringen over ervaringen in EffectenArena's en het leggen van accenten in het vervolg van het onderzoek					
Visualisatie EffectenArena per maatregel, inclusief verificatie en validatie					

Tabel 4. Planning fase 4

Weeknummer	27	28	29
Verificatiesessie met klankbordgroep			
Schrijven conceptrapportage			
Bespreking conceptrapportage met directie Zorgverzekeringen			
Opleveren eindrapportage			

3.1. Risico's en risicobeheersing

Voor het goed kunnen uitvoeren van dit onderzoek zien we een aantal risico's. De belangrijkste risicofactor is uiteraard de Corona-uitbraak. Hierdoor zijn voorlopig fysieke bijeenkomsten onmogelijk. Voor de interviews in fase 1 en de bijeenkomsten met de directie Zorgverzekeringen en de klankbordgroep is dit relatief eenvoudig op te lossen via video-conferenties. Onze ervaring is dat digitale interviews hetzelfde resultaat opleveren als face-to-face interviews.

Wanneer de beperkende maatregelen vanwege de Corona-uitbraak ook nog gelden in juni, dan is het niet mogelijk om de EffectenArena's te houden via een bijeenkomst. We hebben daarom een alternatief ontwikkeld voor het digitaal houden van EffectenArena's (zie Bijlage 1). We kunnen ons daarnaast voorstellen dat, als fysieke bijeenkomsten te zijner tijd wel weer mogelijk zijn, mensen en organisaties andere prioriteiten voorrang geven boven deelname aan een EffectenArena. Wanneer dit het geval is, kan het lastig zijn om de EffectenArena op tijd te kunnen plannen om de deadline van 15 juli te halen. De alternatieve deadline van 12 augustus aanleveren van het conceptrapport geeft hiervoor al meer ruimte. Wanneer het echt niet mogelijk blijkt te zijn om fysiek dan wel digitaal bij elkaar te komen voor een EffectenArena, dan bestaat nog als alternatief dat we de beoogde genodigden allemaal telefonisch interviewen. We stellen daarnaast voor om een lijst op te stellen met 3 maatregelen die dienen als reserve, voor het geval het onverhoopt niet lukt om rondom een bepaalde maatregel de EffectenArena-sessie te organiseren.

Voor EffectenArena-sessies geldt dat het in sommige gevallen ook in tijden zonder beperkende maatregelen een uitdaging is om deelnemers bij elkaar te krijgen. Wij hebben daarom een team samengesteld met meerdere onderzoekers met ervaring met het begeleiden van EffectenArena-sessies. Daardoor zijn we flexibel in de momenten waarop de sessies plaatsvinden, ook als een of meerdere sessies in de avonduren moet plaatsvinden. Ten slotte helpt als de directie Zorgverzekeringen richting deelnemers aan de EffectenArena-sessies het belang van het onderzoek onderstreept.

Verder zien we nog twee andere risico's. Het eerste is dat het in onze ervaring lastig is om zorgverzekeraars aan tafel te krijgen bij een groepsinterview of EffectenArena. Omdat we zelf goede contacten hebben bij twee zorgverzekeraars kunnen we dat voor maatregelen waar deze zorgverzekeraars bij betrokken zijn in ieder geval wel organiseren. Daarnaast verwachten we dat de directie Zorgverzekeringen en de vertegenwoordiger van Zorgverzekeringen Nederland in de klankbordgroep ons hierin kan bijstaan. Het tweede is de deelname van de inwoners, cliënten en patiënten aan de cliëntgesprekken. Onze ervaring is dat de kans op deelname aan het onderzoek het grootst is als zij worden benaderd door een zorg- of hulpverlener die zij vertrouwen en als de inspanning die we vragen zeer beperkt is. Deze principes passen wij dan ook toe in dit onderzoek (zie Hoofdstuk 2 Plan van aanpak).

4. Team

4.1. Onderzoeksteam

Ervaring met het onderzoeksthema

Het vraagstuk van gezondheid van kwetsbare groepen en hoe toegankelijk de zorg is voor deze groepen ligt het Verwey-Jonker Instituut na aan het hart en sluit goed aan bij de expertise van het beoogde onderzoeksteam. Wij evalueren bijvoorbeeld het programma Gezonde Toekomst Dichterbij van FNO, wat als doel heeft het verkleinen van gezondheidsachterstanden van kwetsbare groepen. Ook hebben we onderzoek gedaan naar hoe de collectieve zorgverzekering voor minima verder verbeterd kan worden. Meer in algemene zin hebben we ruime ervaring met het betrekken van kwetsbare groepen in onderzoek, waaronder sociaal kwetsbare senioren, mensen met een migratieachtergrond, mensen met ggz-problematiek en bewoners van lage SES wijken. In bijlage 3 hebben we ter illustratie een beschrijving toegevoegd van enkele door ons uitgevoerde onderzoeken.

Projectteam: rollen, taken, inzet, aanspreekpunten

De volgende onderzoekers zullen deel uitmaken van het team. Voor hun uitgebreide CV's en relevante publicaties zie bijlage 2.

(10)(2e)	(10)(2e) is de beoogd projectleider en zal optreden als aanspreekpunt voor de opdrachtgever. (10)(2e) is senior onderzoeker en is in 2018 bij de leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij (WUR) gepromoveerd op intersectorale samenwerking. (10)(2e) zal tevens optreden als uitvoerend senior onderzoeker en zal een rol vervullen in alle fasen van het onderzoek. (10)(2e) is bedreven en ervaren in het leiden van projecten, het afnemen van interviews, het voorzitten van EffectenArena-sessies en het schrijven van toegankelijke rapportages. In meerdere van zijn huidige en al afgeronde onderzoeken heeft (10)(2e) kwetsbare groepen geïnterviewd, waaronder in een studie naar het verkleinen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie, onderzoek naar sportparticipatie bij mensen in de maatschappelijke opvang, en een verkenning van het kwetsbare wijkenbeleid in België, Denemarken en Duitsland.
(10)(2e)	(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) is een van de onderzoekers in dit onderzoek. (10)(2e) voerde diverse onderzoeken uit naar behoeften en capaciteiten rondom zorg, ondersteuning en ontmoeting in wijken en dorpen. (10)(2e) is ervaren gebruiker en gecertificeerd trainer van het instrument EffectenArena. In dit onderzoek zal hij derhalve de werkzaamheden rondom de organisatie en uitvoer van de EffectenArena op zich nemen.

(10)(2e)

(10)(2e)

zal in dit onderzoek participeren als onderzoeker. Veel van het onderzoek van (10)(2e) richt zich op het snijvlak van gezondheid, maatschappelijke participatie en diversiteit. Tijdens (10)(2e) master 'Management, Policy Analysis and Entrepreneurship in Health and Life sciences' specialiseerde (10)(2e) zich in beleidsanalyse met betrekking tot zorggerelateerde en sociaal-maatschappelijke vraagstukken. Deze expertise zetten we in bij de analyse van de interviews en de EffectenArena's. (10)(2e) kan uitstekend organiseren en verslagleggen, is sterkt in de planning en het contact met maatschappelijke organisaties.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

is vanaf november 2019 algemeen directeur van het Verwey-Jonker Instituut. Hiervoor was (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) bij de Gemeente Rotterdam en (10)(2e) (10)(2e) heeft dan ook ruime kennis van en ervaring met hoe gemeenten samen met zorgverzekeraars en zorgverleners de zorg toegankelijke proberen te maken voor kwetsbare groepen. Ook heeft hij een groot netwerk in de gezondheidszorg, zowel binnen Rotterdam als daarbuiten. In dit onderzoek treedt (10)(2e) op als project-expert. Dit betekent dat hij betrokken is bij de ontwikkeling van de onderzoeksinstrumenten, bij de analyse en rapportage en bij de verificatiebijeenkomst met de klankbordgroep.

5. Begroting in uren

(10)(1c)

6. Referenties

Nederland, T., Stavenuit, M., Kraal, E., Zuidhof, D. (2008). *De gezondheid van kwetsbare burgers*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Van Esch, T. E. M., Brabers, A. E. M., Dijk, C. V., Groenewegen, P. P., & De Jong, J. D. (2015). *Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Nivel: Utrecht.

Vettenburg, N. (1998). Juvenile delinquency and the cultural characteristics of the family. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 10(3), 193-209.

Winsemius, A. (2011). Tussen draaglast en draagkracht, kwetsbare groepen in gemeentelijk beleid. Movisie: Utrecht.

Handtekening voor akkoord,
Utrecht, 6 april 2020

Verwey-Jonker Instituut



(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

Handtekening voor akkoord,
Den Haag, ____ - ____ - 2020

ministerie van Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport, Directie Zorgverzekeringen

Opdrachtgever: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Projectnummer: (10)(2g)

Bij verdere correspondentie graag refereren aan dit nummer.

(10)(2g)

Deze offerte wordt uitgebracht onder de Algemene Rijksvoorwaarden (ARVODI 2018).
Het Verwey-Jonker Instituut is gevestigd te Utrecht, zoals ingeschreven bij de KvK Utrecht onder
nummer 41 18 58 48

Bijlage 1: EffectenArena op afstand: Plan B

De EffectenArena maakt gebruik van ervaringen van betrokkenen en de collectieve kennis die ontstaat door de gezamenlijke dialoog. Dit doen wij normaal gesproken aan tafel, rond een werkblad. Wanneer vanwege de Corona-maatregelen geen fysieke ontmoeting kan plaatsvinden werken wij met digitale middelen om hetzelfde doel te bereiken.

Aanpak in het kort

Onze ervaring is dat wij bij groepsgesprekken met videobellen niet hetzelfde resultaat bereiken als bij een groepsgesprek rond tafel. De spanningsboog is korter en interactieve elementen vragen een andere voorbereiding dan een werkvorm op papier, op tafel. Daarom zetten wij in op een kortere sessie en vragen wij enige voorbereiding van de deelnemers.

Voorbereiding voor deelnemers

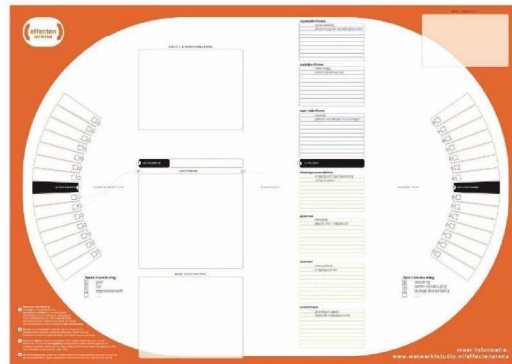
De betrokkenen krijgen voorafgaand aan de sessie de vraag om vast na te denken over:

- Wie heeft bijgedragen aan de aanpak?
- Wat waren de belangrijkste activiteiten binnen de maatregel?
- Wat zijn de belangrijkste effecten van de maatregel?
- Zijn er ook ontwikkel- of verbeterpunten te noemen? Zo ja, welke zijn dit?

De onderzoekers verzamelen deze informatie en combineren en visualiseren het in een figuur, gebaseerd op de Effectenarena. De sessie begint zo met meer voorinformatie dan bij een regulier sessie 'om tafel'.

Effecten van de maatregel (1,5 uur)

Wij organiseren een dialoog via een nog te bepalen online platform. Hierbij gaan we in gesprek met elkaar aan de hand van de Effectenarena, die door de onderzoekers vooraf is gevuld aan de hand van de input van de deelnemers. Dit is nadrukkelijk geen vraag-antwoordgesprek maar een dialoog. Het doel is het bovenhalen van collectieve kennis, doordat deelnemers elkaar bevragen en aanvullen.



We beginnen bij de meest genoemde effecten (welke argumenten/veronderstellingen zit er achter deze effecten? bedoelen we inderdaad hetzelfde?). Vervolgens gaan we in gesprek over effecten die niet door iedereen zijn genoemd. Degene (of één van de personen) die het effect heeft benoemd geeft een korte toelichting. De gespreksleider nodigt de andere uit om hierop te reageren. Zo lopen we maximaal 15 effecten door in het gesprek.

Het is mogelijk om na afronding van het gesprek de deelnemers nog een afrondende vraag te stellen. Bijvoorbeeld: wat zijn voor u de 3 belangrijkste effecten? De precieze vraagstelling kan samen met het onderzoeksteam nader worden bepaald. Idealiter vullen wij live de Effectenarena in, waarbij wij het scherm delen met deelnemers. De deelnemers kunnen dan direct input geven op de interpretatie van de onderzoekers, wat de validiteit van de uitwerking ten goede komt.

Invloed op begroting

De aanpak vraagt meer voorbereiding voor de onderzoekers en de deelnemers, maar gaat uit van kortere sessies. Zo kunnen wij binnen het budget van de reguliere EffectenArena's deze sessies uitvoeren (budget-neutraal).

Bijlage 2 Het Verwey-Jonker Instituut - Richtinggevend en actueel

Samenleving met oog voor iedereen

Het Verwey-Jonker Instituut is een onafhankelijk onderzoeksbureau. Met onze expertise en onderzoek naar actuele vraagstukken geven we op het gehele sociaal-maatschappelijk terrein richting aan beleidsontwikkeling en uitvoering. Met ons werk willen we een bijdrage leveren aan een krachtige samenleving met oog voor iedereen. Onze onderzoekers doen hun werk integer en gedreven, zonder winstoogmerk. Het zijn inhoudelijk sterke wetenschappers met oog voor actuele sociale dilemma's. Ze zijn scherp op nieuwe ontwikkelingen en beheersen een verscheidenheid aan kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Opdrachtgevers gebruiken de resultaten van ons werk om richting te geven aan hun beleidsontwikkeling en ter ondersteuning van hun praktijk. De resultaten van ons onderzoek worden actief en kosteloos beschikbaar gesteld aan derden, zodat ze ten volle kunnen bijdragen aan de verbetering van de samenleving.

Opdrachtgevers

Ons onderzoek gebeurt op verzoek van lokale, provinciale, landelijke of internationale opdrachtgevers. Onze belangrijkste opdrachtgevers zijn de ministeries van SZW, Veiligheid en Justitie, VWS, BZK, OCW en Infrastructuur en Milieu en provincies, gemeenten, maatschappelijke ondernemers, sociale partners en (groepen) burgers zoals patiëntenorganisaties. Voor hen voeren we in opdracht onderzoek uit, soms via eigen methodieken (zoals PaJA!). Daarnaast hebben we de regie over verschillende programma's, zoals Kennisplatform Integratie & Samenleving, Kenniswerkplaats Transformatie Jeugd Amsterdam (KeTJA) en Zorgin2030.nl.

Actueel, richtinggevend en maatschappelijk betrokken

Kernwoorden in het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut zijn actueel, wetenschappelijk en maatschappelijk belang. In ons onderzoek komen meestal drie perspectieven samen, van burgers, instellingen en overheden. Ons onderzoek naar sociale problemen en kansen speelt zich af in meerdere domeinen van de samenleving. Ons onderzoek hebben we ingedeeld in 15 thema's: armoede, buurten, decentralisaties, diversiteit, jeugd, onderwijs, opvoeding, ouderen, participatie, seksueel en huiselijk geweld, sport, veiligheid, werk en inkomen, Wmo en zorg. We streven naar cumulatie van kennis en zorgen dat ons empirisch onderzoek altijd richtinggevend is voor de ontvanger. Onze focus ligt op de sociaal-maatschappelijke facetten van beleidsterreinen. Daarbij opereren we vaak op de raakvlakken tussen die gebieden. De programmatische opzet zorgt er voor dat het onderzoek met substantie aansluit bij actuele beleidsvragen en praktijkbehoeften.

Onze organisatie

Het Verwey-Jonker Instituut stelt hoge eisen aan de kwaliteit van het onderzoek. Met onze ISO-certificering kunt u erop rekenen dat opdrachten goed, op tijd en volgens actuele kwaliteitsnormen worden uitgevoerd. Het instituut staat onder leiding van de voorzitter van de raad van bestuur ^{(10)(2e)} ^{(10)(2b)}. Bij het Verwey-Jonker Instituut werken ongeveer veertig wetenschappelijk medewerkers met een ondersteunende staf.

Kijk voor meer informatie www.verwey-jonker.nl of bel 030 ^{(10)(2e)}

Bijlage 3 Relevante projecten

Casusonderzoek ketensamenwerking 's-Hertogenbosch

(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) & (10)(2e). (2019)

De wijkteams in 's-Hertogenbosch hebben de opdracht gekregen om passende en effectieve ondersteuning te organiseren voor de meest kwetsbare inwoners. Optimale afstemming met en tussen ketenpartners is daarvoor van groot belang. In opdracht van de gemeente 's-Hertogenbosch onderzocht het Verwey-Jonker Instituut of er inderdaad passende hulp wordt geboden aan huishoudens met meervoudig complexe problematiek. In het rapport worden succesfactoren benoemd en factoren die belemmerend zijn voor een succesvolle ketensamenwerking rondom de doelgroep en het netwerk van professionals dat hen begeleidt. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de gesprekken dat de sociale wijkteams te maken hebben met zorgmijdende inwoners. De zorgmijdende houding is vaak mede een gevolg van eerder vastgelopen hulptrajecten. Het helpen van deze zorgmijdende inwoners vraagt dan ook om een bijzondere.

Succesvol combineren van armoede- en gezondheidsbeleid. Een gesprekstool voor gemeenten

(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e). (2018)

Tussen de beleidsdomeinen armoede en gezondheid bestaat een duidelijke wisselwerking. Denk bijvoorbeeld aan de gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en een lage sociaaleconomische status. Steeds meer gemeenten willen dan ook de twee domeinen koppelen, om met een gecombineerde beleidsaanpak problemen van kwetsbare inwoners sneller op te lossen of zelfs te voorkomen. Maar hoe doe je dat? Waar begin je? Een door het programma Gezond in... en het Verwey-Jonker Instituut ontwikkelde gesprekstool voor gemeenten geeft daarvoor de eerste aanzet.

Een inclusieve maatwerkaanpak armoede en schulden

(10)(2e). (2017)

Gemeenten bieden sinds een aantal jaar ondersteuning op maat voor mensen met betalingsachterstanden en problematische schulden. Veel cliënten die op deze wijze worden geholpen, hebben een migratieachtergrond. In onze publicatie over een onderzoek naar dit thema doen we aanbevelingen die gemeenten en wijkteams kunnen helpen om financiële ondersteuning op maat effectief in te zetten voor deze groep cliënten. Voorbeelden van tips waar professionals mee aan de slag kunnen, zijn: het inzetten van maatjes met een migratieachtergrond of getrainde ervaringsdeskundigen en het effectief gebruik maken van de kennis van externe professionals en vrijwilligers.

De gezondheid van kwetsbare burgers. Innovatief preventiebeleid door lokale overheden en zorgverzekeraars - een verkenning van het speelveld

(10)(2e) & (10)(2e) (2008)

De participatie, de zelfredzaamheid en het welzijn van kwetsbare inwoners is steeds meer de verantwoordelijkheid van lokale overheden. Dat biedt kansen voor een innovatief lokaal preventiebeleid. Dat wil zeggen: een beleid waarin gezondheid centraal staat, in plaats van de behandeling van ziekten. Lokale overheden en zorgverzekeraars kunnen beter samenwerken, dankzij beleidsontwikkelingen rond de Wwb, de Wmo, de Zvw, en de AWBZ. Als zorgverzekeraars en gemeenten kunnen komen tot werkelijk afgestemd lokaal sociaal beleid gericht op preventie, bevordert dat de gezondheid van kwetsbare inwoners en zal het de kosten van de gezondheidszorg beteugelen. Het Verwey-Jonker Instituut schreef in een notitie over dit onderwerp de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en lokale overheden om de krachten te bundelen. Naast een schets van de huidige en toekomstige beleidsontwikkelingen, zijn er drie strategische beleids-opties omschreven voor lokale overheden. Het gaat om kansrijke wegen die uitzicht bieden op gezondheidswinst, kostenvoordelen en ondersteuning van de belangrijkste doelgroep van het sociale beleid van lokale overheden: de kwetsbare burgers.

Evaluatie Gezonde Toekomst Dichterbij

(10)(2e) & (10)(2e) (2016-2020)

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij van FNO heeft als doel om via veertig integrale en buurtgerichte gezondheidsaanpakken de gezondheidsachterstanden van mensen met een lage sociaaleconomische status, en in het bijzonder van kansarme gezinnen, te verkleinen. In de aanpakken spelen verbetering van de financiële situatie van de kwetsbare gezinnen en de toegang tot zorg een belangrijke rol. Het Verwey-Jonker Instituut evalueert, samen met de Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij van Wageningen UR en kennisinstituut LEI, het bereik van de veertig gezondheidsaanpakken, de participatie van kansarme gezinnen in de aanpakken en of, en op welke manier, de veertig aanpakken bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden. Een groot deel van de gezondheidsaanpakken is een samenwerking tussen betaalde professionals en onbetaalde vrijwilligers. Voor de evaluatie zijn ook mensen uit de doelgroep geïnterviewd.

Onderzoeken naar collectieve zorgverzekering voor minima

(10)(2e) & (10)(2e) (2015-2016)

Toegang houden tot de gezondheidszorg is van essentieel belang voor mensen met een laag inkomen. Deze groep is niet altijd aanvullend verzekerd. Daardoor kunnen zij bij ziekte ineens voor hoge kosten komen te staan. Veel Nederlandse gemeenten proberen hun inwoners met een laag inkomen op dit punt te ondersteunen door het aanbieden van een collectieve zorgverzekering voor minima (CZM). Tegen deze achtergrond deed het Verwey-Jonker Instituut in 2015 en 2016 meerdere kwalitatieve onderzoeken naar de collectieve zorgverzekering van Menzis in vier regio's; Ede, Achterhoek, Foodvalley en Twente. De studies geven antwoord op de vraag hoe de collectieve zorgverzekering voor minima verder verbeterd kan worden in de verschillende regio's volgens de deelnemers aan de verzekering. Daarnaast geven de onderzoeken meer zicht op de wensen en behoeften van de potentiële deelnemers, en hoe zij bereikt kunnen worden. In de regio Ede gingen we tevens door een kwantitatief onderzoek na hoe tevreden de deelnemers zijn over de CZM en hoe de niet-deelnemers tegen deze verzekering aankijken. Eerder, in 2009, deed het Verwey-Jonker Instituut ook al een vergelijkbaar kwantitatief onderzoek voor Menzis naar de collectieve zorgverzekering voor minima in Arnhem en Groningen.