

Eindrapport

Stand van het land Regiobeelden

Linda Blokzijl
Hannelore Schouten
Christel van Zijp

62635 | 31 juli 2020

Berenschot

Inhoudsopgave

Voorwoord	3	4. Belemmeringen bij het komen van regiobeeld tot actie	24
Managementsamenvatting	5	4.1 Opgehaalde belemmeringen	25
‘Stand van het land’ regiobeelden	5	4.2 Belemmeringen: feitelijk of perceptie?.....	28
Inhoud regiobeelden.....	6	4.3 Observaties met betrekking tot genoemde belemmeringen	28
Belemmeringen en aangedragen oplossingsrichtingen	6	5. Oplossingsrichtingen	29
Inleiding	8	5.1 Opgehaalde oplossingsrichtingen	30
Onderzoek Stand van het land Regiobeelden.....	9	5.2 Impact oplossingsrichtingen	32
Leeswijzer.....	9	5.3 Observaties met betrekking tot genoemde oplossingsrichtingen	33
1. Vraag, scope en uitgangspunten	10	Bijlagen	34
1.1 Onderzoeksvragen.....	10	Bijlage 1. Deskresearch	35
1.2 Scope	11	Bijlage 2. Oplossingsrichtingen per thema en niveau.....	37
1.3 Uitgangspunten	11	Bijlage 3. Vragenlijst	39
2. Aanpak en methoden	12	Bijlage 4. Gesprekspartners/deelnemers in dit onderzoek	42
2.1 Gerealiseerde activiteiten	12	Bijlage 5. Totaaloverzicht gevalideerde vragenlijsten per zorgkantoorregio, zoals ingevuld door Markt-leiders Zorgverzekeraars.....	44
2.2 Onderzoeksmethoden.....	13	Bijlage 6. Totaaloverzicht vragenlijsten per zorgkantoor regio, zoals ingevuld door gemeenten*	52
3. Stand van het land met betrekking tot de regiobeelden	14		
3.1 Stand van het land	15		
3.2 Betrokken partijen	18		
3.3 Geadresseerde thema’s	20		
3.4 Van regiobeeld naar veel genoemde opgaven.....	20		
3.5 Van opgave naar afspraken en acties	22		
3.6 Conclusies	23		

Voorwoord

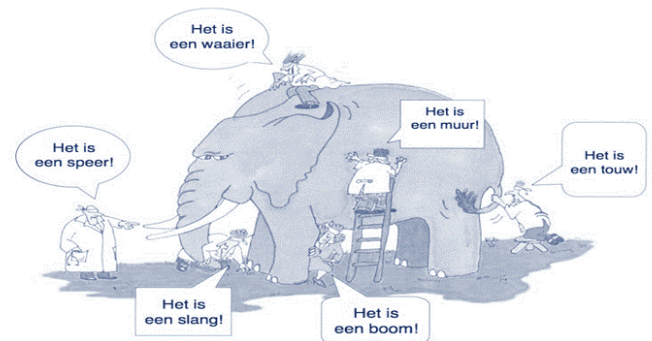


Iedereen die bij de zorg betrokken is, op zowel landelijk niveau als in de dagelijkse zorgpraktijk, merkt dat de grenzen van de huidige manier van organiseren van de zorg in zicht zijn. Niet voor niets gaf het Kabinet in het najaar van 2019 aan op zoek te gaan naar manieren om de zorg ook in de toekomst op het gewenste niveau te houden. Op weg naar de aangekondigde Contourennota, geeft het Kabinet aan dat de regio een belangrijk aangrijpingspunt vormt waar zorgpartijen tot afspraken moeten (kunnen) komen op en rond grensvlakken van de verschillende zorgdomeinen. Ingezet wordt op het kunnen bieden van de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek én door de juiste professional. Het werken over historisch gegroeide lijnen en domeinen van de zorg heen wordt daarbij steeds belangrijker.

Niemand had kunnen voorzien dat het voorjaar van 2020 in het teken zou staan van de Covid-19 pandemie. Hoewel de pandemie leidde tot angst en onzekerheid, ontstonden ook mooie nieuwe inzichten en nieuwe oplossingen. In de zorg bleek de urgentie ‘vastgeroeste’ patronen en systemen te doorbreken. Daar waar al jaren wordt gesproken over hoe over lijnen en domeinen heen samengewerkt kan worden, zijn zorgpartijen dat de afgelopen weken en maanden ‘gewoon’ gaan doen. De energie verschoof van gesprekken over ‘onmogelijkheden’ naar creativiteit, flexibiliteit en oplossingsgerichtheid. Krachtige eigenschappen die we moeten vasthouden als we de uitdagingen in de zorg het hoofd willen bieden.

Voorliggend onderzoek heeft, mede door de Covid periode, vertraging opgelopen. De eerste foto van de stand van het land op terrein van de regiobeelden maakten wij in de periode februari-maart 2020. Precies op het moment dat wij deze foto wilden gaan valideren en verrijken in gesprek met veldpartijen, hadden deze andere prioriteiten. Nadat half juni de ergste druk van de ketel bleek, hebben wij vele zorgaanbieders, gemeentelijke aanspreekpunten, branchepartijen én uitvoeringsorganisaties bereid gevonden om in heel korte tijd hun bijdrage te leveren aan voorliggend onderzoek. Het is dankzij hun bereidwilligheid om beelden en ervaringen te delen dat het gelukt is het onderzoek nog in juli 2020 af te ronden, op tijd om als input te dienen voor de Contourennota.

Onze hoofdconclusie is dat er hard gewerkt wordt aan de regiobeelden. Hoewel er in de meeste regio's een mooie basis ligt om op door te bouwen, zien wij ook dat het ontbreken van ‘de regio-definitie’ en eigen interpretaties van ‘het regiobeeld’ ertoe leiden dat het komen tot gedeelde definities en beelden veel kostbare energie en tijd kosten. Regiobeelden worden op diverse niveaus en in verschillende samenstellingen van partijen gerealiseerd. Het is de kunst om de verschillende initiatieven met elkaar in contact te brengen, perspectieven te verbinden en te leren van elkaars ervaring.



Blinde mensen onderzoeken een olifant

De opgaven voor de zorg zijn complex. We zien dat iedere betrokken partij vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid een stukje van de complexiteit overziet. Tijdens het onderzoek, ontstond het beeld van de oude Soefi parabel ‘*blinde mensen onderzoeken een olifant*’: ieder ziet vanuit eigen perspectief een stukje, samen zie je het geheel. In voorliggend rapport hebben wij de opgehaalde verschillende perspectieven met elkaar verbonden tot een gelaagde foto van de stand van het land. We geven enerzijds terug hoe het in Nederland gaat met de gemaakte afspraken over de regiobeelden op beleidsniveau, anderzijds biedt het rapport een handvat voor betrokken partijen in de regio om samen een stap verder te komen. Belangrijk blijkt het organiseren van verbinding: tussen partijen in de regio's en tussen landelijke beleidsmakers, branche- en veldpartijen en het faciliteren van een open dialoog over ieders rol, verantwoordelijkheden en (on)mogelijkheden. Daar leveren wij met dit onderzoek graag een bijdrage aan.

Management-samenvatting



‘Stand van het land’ regiobeelden

Er wordt hard gewerkt aan het komen tot regiobeelden als onderlegger om samen te komen tot gewenste transformatie van de zorg. Er wordt hard gewerkt aan de regiobeelden, maar er is ook verwarring over wat ‘de regio’ dan is en we zien verschillende interpretaties van ‘het regiobeeld’. Hoewel het ontbreken van een harde regio-grens of landelijke definitie belemmerend werkt, geven partijen aan dat het alsnog definiëren daarvan lastig is. Het zou verhelderend kunnen werken, maar tegelijkertijd bestaande en succesvolle regionale samenwerkingen doorkruisen. Hetzelfde geldt voor de definitie van ‘het regiobeeld’. Deze is in de hoofdlijnakkoorden ruim geformuleerd: *een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie én opgave in een regio, gemeente of wijk.*

Ook in dit onderzoek zien we dat ‘de regio’ niet bestaat. Tel daarbij op de ruime definitie van ‘het regiobeeld’ en dan zien we de variëteit aan regiobeelden die we in voorliggend onderzoek zijn tegengekomen. Conclusie is dat er hard gewerkt wordt aan de regiobeelden in het zorgveld.

Brononderzoek leidt ons naar 241 regionale initiatieven die gebaseerd zijn op een regiobeeld. We zien verschil (in inhoudelijke focus en betrokken partijen) tussen regiobeelden die meer vanuit de zorginhoud op lokaal niveau tot stand komen, en regiobeelden die vanuit een bestuurlijk of beleidsmatig perspectief op niveau van de zorgkantorregio’s tot stand komen. Als we kijken vanuit het perspectief van de marktleaders zorgverzekeraars zien we dat er voor (op één na) alle zorgkantorregio’s een regiobeeld is ontwikkeld: 81% is gereed, 16% in ontwikkeling en nog 0,3% op te starten. Bij het merendeel van de initiatieven om op zorgkantorregio tot een regiobeeld te komen zijn gemeenten betrokken, maar er zijn ook gemeenten die aangeven nog niet betrokken te zijn bij het realiseren van de regiobeelden. Vanuit het perspectief van de (sub sectoren van) zorgaanbieders wordt dit beeld bevestigd. Aangegeven wordt dat het bestaan van een regionale ‘zorgtafel’ helpt om samen tot een regiobeeld te komen. Als deze er al was, is vaker samen opgetrokken in het komen tot een regiobeeld. Als deze er (nog niet) was, heeft vaker de verzekeraar een voortrekkersrol vervuld en een eerste versie van een regiobeeld opgeleverd waarover daarna met regiopartners (individueel of gezamenlijk) in gesprek wordt gegaan.

Op lokaal niveau zien we dat de gezamenlijk in te vullen opgave vaak op hoofdlijnen bekend is, en het regiobeeld gezien wordt als onderbouwing daarvan. Dan is het regiobeeld vaker ook al vertaald in concrete afspraken en acties. Op het niveau van de zorgkantoorregio's zijn regiobeelden ontwikkeld, maar zijn deze niet altijd al door alle partijen gedragen, waardoor de vertaalslag van regiobeeld naar het formuleren van de gezamenlijke opgave, afspraken en acties vaker nog een volgende stap is.

Wie er 'aan tafel zit' en 'actief betrokken is' bij het regiobeeld wisselt. In het merendeel van de initiatieven zien we dat het ziekenhuis, huisartsen, de zorgverzekeraar en VVT aangehaakt zijn. Gemeenten zijn soms actief betrokken. Minder vanzelfsprekend blijkt nog de betrokkenheid van de GGZ, de GGD, sociaal domein, welzijn, en eerstelijnspartners zoals paramedici en apotheken. Ook is actieve vertegenwoordiging van cliënten/patiënten/burgers nog niet overal vanzelfsprekend.

Inhoud regiobeelden

Inhoudelijk wordt er in de regiobeelden veelal ingegaan op het bestaande en toekomstig gewenste zorgaanbod en zorggebruik in de regio. In wisselende mate worden ook ontwikkelingen in gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling en sociale omgeving meegenomen. Aan het thema 'fysieke omgeving' wordt nog minder aandacht besteed.

Wanneer de vertaalslag wordt gemaakt van het regiobeeld naar gezamenlijke opgaven, zien we in de initiatieven met een lokaal karakter dat aandacht wordt besteed aan de specifieke doelgroepen kwetsbare ouderen en GGZ. In de regiobeelden op zorgkantoorniveau zien we naast de specifieke aandacht voor kwetsbare ouderen ook specifieke aandacht voor acute zorg terug.

In de vertaalslag van regiobeeld naar concrete gezamenlijke opgaven maken betrokken partijen vooral afspraken over:

- Continuïteit en toegankelijkheid van zorg – het komen tot een gezamenlijke visie op het toekomstig zorglandschap in 2030, het herindelen van de Zelijnszorg, definiëren van gepast gebruik van zorg;
- Digitale gegevensuitwisseling – inzet van technologie en hoe monitoren effecten van transitie;
- Schaarste van mensen en middelen – komen tot gezamenlijk arbeidsmarktbeleid', benutten van talent;
- Preventie en leefstijl – connected care, vroegsignalering en hoe veilig thuis kunnen blijven;
- Het verkleinen van gezondheidsverschillen – zelfredzaamheid van burgers, belastbaarheid van mantelzorg, zorg in de wijk, organiseren van platforms en aanbod voor doelgroepen als ouderen.

De regiobeelden zijn op dit moment nog statisch: een samenvoeging van openbare en beschikbare data van betrokken zorginkopers en/of zorgaanbieders vertaald in grafische vormen in pdf formaat (grafieken, tabellen en visualisaties). Door vele gesprekspartners is aangegeven dat het wenselijk zou zijn de regiobeelden een meer dynamisch karakter te geven en effecten van gezamenlijk handelen te kunnen monitoren. Op lokaal niveau wordt hieraan wel gewerkt, maar op regionaal of landelijk niveau ontbreekt het nog aan voorbeelden.

Belemmeringen en aangedragen oplossingsrichtingen

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat 97,3% van de betrokkenen in de praktijk belemmeringen ervaart in het komen van een regiobeeld tot het samen formuleren van de regionale opgaven en/of komen tot afspraken en acties. Naast het concretiseren van deze belemmeringen, hebben de betrokken ook beelden bij welke oplossingsrichtingen – al dan niet in de eigen invloedssfeer - de regio verder kunnen helpen.

Overstijgend wordt aangegeven dat een (goed gefaciliteerde) proces en samen formuleren van de gezamenlijke opgave als fundament wordt gezien voor goede samenwerking. Daarbinnen vormen waarden als vertrouwen en verbinding tussen partijen een belangrijke basis. Belangrijk is dat niet op voorhand de belemmeringen de agenda bepalen, dat blokkeert de gewenste voortgang. Beter is om werkenderwijs te ervaren of belemmeringen daadwerkelijk in de weg zitten – dan blijkt in veel regio's meer mogelijk dan men op voorhand dacht. Nagenoeg alle respondenten en betrokkenen wijzen op het belang om de regio voldoende ruimte te bieden om oplossingen te realiseren binnen de eigen specifieke context.

Aandachtspunt is dat incidentele oplossingen (als projectfinanciering of experimentele betaaltitels) nog weinig vertaald lijken te worden naar structurele oplossingen voor de langere termijn. Het verbinden van deze incidentele oplossingen, realiseren van 'learning communities' en zorgen voor een platform waar de vertaalslag naar structurele oplossingen plaatsvindt, komen naar voren als randvoorwaarden voor de volgende stap.

In de volgende figuur is een samenvatting opgenomen van de in dit onderzoek meest genoemde belemmeringen die partijen ervaren in het komen van regiobeeld tot gezamenlijk te formuleren opgaven, afspraken en acties. Deze zijn vertaald naar oplossingsrichtingen die door respondenten zijn aangedragen (in hoofdstuk 5 zijn deze meer uitgebreid beschreven, hier is een selectie benoemd):

Belemmeringen	Mogelijke oplossingen
Ontbreken van regionale governance/doorzettingsmacht	<ul style="list-style-type: none"> Inrichten van bestuurlijke zorgtafel als instrument voor gelijkgerichtheid Organiseren van eigenaarschap, mandaat en bestuurlijk commitment
Informatievoorziening en aansluiting ICT-systemen te beperkt	<ul style="list-style-type: none"> Sturen op eenduidige definities data-verzameling, monitoren op uitkomstparameters Op landelijk niveau eisen opstellen voor ICT-systemen en leveranciers
Financiering/bekostiging per domein en incidenteel	<ul style="list-style-type: none"> Ruimte bieden aan regionale partners om financiering waar passend te ontschotten Creëren van betaaltitels voor coördinatiefuncties op niveau van de regio
Rol en participatie van burgers nog te beperkt	<ul style="list-style-type: none"> Ondersteun de paradigmashift van ziekte naar gezondheid door publiekscampagnes Faciliteer de dialoog met burgers in de regio actief
Beperkte ruimte en tijd van professionals	<ul style="list-style-type: none"> Trek de ondersteuning van professionals om in de regio mee te doen gelijk Gedragsverandering door informeren en samen opleiden burgers en zorgprofessionals
Een te lage organisatiegraad van burgers en 1 ^e lijn	<ul style="list-style-type: none"> Vergroot de organisatiegraad van huisartsen, paramedie en ZZP'ers Leg burgerparticipatie wettelijk vast en financier het 'empoweren' op regionaal niveau
Verbinding en samenhang landelijke, branche en regiopartijen	<ul style="list-style-type: none"> Creëer overzicht in rollen, verantwoordelijkheden en belangen bij veranderopgaven Vergroot inzicht in wat kan én wat (nog) niet kan cq. wat wanneer verwacht wordt

Figuur 1. **Samenvatting inventarisatie belemmeringen en mogelijke oplossingen.**

De opgaven waar de zorg voor staat worden door partijen als complex ervaren. Dit maakt dat een maakbare oplossing en 'one-size-fits all' niet gaan werken. Een aantal gesprekspartners benadrukt dat een belemmering soms niet de feitelijke reden is waarom regiopartijen niet verder komen, maar dat in de zorgpraktijk ook willen en gunnen een rol spelen. Daar waar partijen geloven in de opgave die moet worden gerealiseerd, en mensen elkaar vinden zien partijen dat belemmeringen worden weggeorganiseerd om tóch samen de ambities waar te maken. In de meeste gevallen geven de respondenten aan slechts beperkt in staat te zijn eigenstandig oplossingen te vinden. Hiermee bedoelen zij dat ze elkaar als regiopartners of andere partijen in het stelsel nodig hebben om over een barrière heen te komen. Belangrijke rode draad is dat stelselwijziging geen doel op zich zou moeten zijn. Veldpartijen geven zeker aan op onderdelen last te hebben van het stelsel (verschillende regiodefinities, domein specifieke bekostiging etc.) maar geven ook aan zich te realiseren dat het aanpassen ervan gaat leiden tot veel energie op bureaucratie/administratieve vraagstukken. Ook geven partijen aan dat 'meer overheidssturing' het risico meebrengt dat goede en energie gevende samenwerkingsverbanden gefrustreerd worden als bijvoorbeeld blijkt dat je nét in een andere regiodefinitie gaat vallen dan je samenwerkingspartner.

Het merendeel van de gesprekspartners geeft aan dat het zou helpen als ervaren wordt dat overheden en uitvoeringsorganisaties veldpartijen faciliteren in het lerend doorontwikkelen van hun samenwerking. Niet door systemen op voorhand aan te pakken of door theoretische gesprekken te voeren over belemmeringen in financiering of informatievoorziening, maar door praktisch bereikbaar te zijn als hier vragen over bestaan in regio's en door flexibel ruimte te bieden om 'soms buiten de lijntjes te kleuren'. Aangegeven wordt dat hier al veel mooie voorbeelden van bestaan. Zo is merkbaar dat uitvoeringsorganisaties een meer agenderende en faciliterende rol vervullen in de richting van de regiopartners, daar waar voorheen 'het wijzende vingertje' werd opgestoken. Dat wordt gewaardeerd. Gewaakt moet worden dat incidentele oplossingen vervolgens vastlopen in het structureel maken daarvan. De vraag is op welk niveau leerervaringen moeten worden gedeeld om te zorgen dat deze wél hun beslag krijgen in doorontwikkeling van het stelsel of bestaande systemen. Coördinatiemechanismen daartoe zijn onvoldoende aanwezig.

Inleiding



De maatschappelijke opgave om de Nederlandse zorg ook in de toekomst op niveau te houden is stevig. Het RIVM benoemt in de VTV (2018) acht kernboodschappen die laten zien voor welke opgave we staan:

1. De vergrijzing heeft grote impact op de volksgezondheid en zorg
2. Meer gezondheid maar ook meer ziekte
3. De druk op ons dagelijks leven neemt toe
4. Leefstijl en leefomgeving hebben invloed op gezondheid
5. Opeenstapeling van gezondheids- en sociale problemen bij kwetsbare groepen
6. Stijgende zorguitgaven door demografie en technologie
7. Veranderende zorg door technologie en veranderende rol patiënt
8. Er is alertheid nodig voor bekende én nieuwe risico's

In de aanpak van deze opgaven wordt steeds helderder dat er een integrale aanpak nodig is, waarbij over in zorg en welzijn gegroeide 'lijnen en domeinen' heen samen gewerkt wordt. 'De regio' komt daarbij naar voren als een logisch niveau om dat te organiseren. Belangrijk is dat er een paradigmashift plaatsvindt, waarbij het sturen op genezen van ziekte plaats maakt voor het sturen op versterken van gezondheid. We kijken steeds minder (alleen) naar wat de zorg kan bieden of wat zorgaanbieders/professionals nodig hebben, en meer naar wat mensen nodig hebben om zo lang mogelijk zelfstandig en gezond te functioneren. Partijen in en rond de zorg zoeken naar mogelijkheden om deze kijk op zorg meer in samenhang te organiseren.

In de beleidsagenda voor 2020 hebben de bewindspersonen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toegezegd om de Tweede Kamer te informeren over de ontwikkelingen en mogelijkheden de zorg ook in de toekomst op niveau te houden middels een zogenoemde Contourennota. Om tot deze Contourennota te komen, gebruikt VWS verschillende bronnen. Voorliggend onderzoek naar de 'Stand van het land Regiobeelden' is één van die bronnen.

Onderzoek Stand van het land Regiobeelden

In de zomer van 2018 heeft het ministerie van VWS bestuurlijke akkoorden gesloten met de branche- en koepelorganisaties betrokken bij de Medisch Specialistische Zorg, de Geestelijke Gezondheidszorg, de Huisartsenzorg en de Wijkverpleging. Begin 2019 volgde de bestuurlijke afspraken Paramedische Zorg. Deze akkoorden worden ook wel hoofdlijnakkoorden (HLA) genoemd. In de HLA's hebben partijen afgesproken om 'regiobeelden' op te stellen, bedoeld als gezamenlijk fundament van betrokken partijen onder de beoogde transitie van de zorg. Een regiobeeld is in de akkoorden gedefinieerd als een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie én opgave in een regio, gemeente of wijk.

Begin 2020 heeft het ministerie van VWS aan Berenschot gevraagd de 'stand van het land' op het terrein van de regiobeelden op te maken. Centrale vragen zijn: komen de regiobeelden tot stand? Welke partijen zijn betrokken? Welke opgaven worden geadresseerd, welke afspraken en acties komen hieruit naar voren? Ook werd gevraagd in beeld te brengen of er mogelijk belemmeringen spelen in de regio's en welke mogelijke oplossingsrichtingen helpen om op regionaal niveau samen verder te komen. Omdat bekend is dat 'de regio' niet bestaat, is op verschillende manieren gewerkt aan het maken van een 'gelaagde foto'.

Als vertrekpunt werd afgesproken om de stand van zaken op terrein van de regiobeelden op niveau van de 31 zorgkantorregio's op te halen. Vanuit een aantal verschillende perspectieven (zorginkopers, zorgaanbieders en betrokken branchepartijen en uitvoeringsorganisaties) is bekeken of en op welke wijze de regiobeelden vorm krijgen. In voorliggend eindrapport komen deze perspectieven bij elkaar.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven we de vraag, scope en uitgangspunten voor dit onderzoek. In hoofdstuk 2 zijn aanpak en onderzoeksmethoden beschreven. We gaan in hoofdstuk 3 in op de stand van het land rond de Regiobeelden: op welke manier en met welke partijen wordt aan de regiobeelden gewerkt? Welke thema's en opgaven staan centraal? Waar worden afspraken over gemaakt? Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 4 tegen welke belemmeringen regiopartners aan lopen in het komen tot regiobeelden- en gezamenlijke afspraken. In hoofdstuk 5 gaan we in op de genoemde oplossingsrichtingen. Tot slot duiden we de in beeld gebrachte oplossingsrichtingen middels een analysekader. Als bijlagen zijn onder meer de gebruikte onderzoeksmethoden, een overzicht van betrokken partijen en gesprekspartners en de opgehaalde perspectieven per zorgkantorregio vanuit de bril van de zorgverzekeraar en de bril van het gemeentelijke aanspreekpunt opgenomen.

Vraag, scope en uitgangspunten

Hoofdstuk 1

1.1 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag is om een inventarisatie te maken van de regiobeelden zoals die in de diverse regio's zijn of worden gemaakt. Per (zorgkantoor)regio wordt een analyse gemaakt en op overzichtelijke en gestructureerde wijze inzicht geboden in de onderstaande aspecten. Benadrukt wordt dat het onderzoek gericht is op het verzamelen van objectieve informatie zonder oordeelsvorming of interventies. De volgende specifieke deelvragen zijn meegegeven:

Met betrekking tot in kaart brengen van het regiobeeld:

- Geef een beschrijving van de betrokken partijen bij het regiobeeld.
- Geef een beschrijving van de opgave die er in de regio ligt om aan de toekomstige zorgvraag tegemoet te komen.
- Geef een beschrijving van de acties en afspraken die partijen hebben gemaakt om deze opgave het hoofd te bieden.
- Naast de opbrengst vanuit de individuele regio's maakt het bureau een samenvatting van het geheel om te bepalen of het beeld volledig is.

Met betrekking tot inventariseren van mogelijke knelpunten/ belemmeringen:

- Welke maatregelen zijn nodig in de regio, maar zijn niet of lastig te realiseren in de regio (knelpunten)?
 - Waar helpt het stelsel minder om het goede te doen? Verzamel en analyseer de punten die partijen aandragen.
 - De analyse maakt helder of ervaren knelpunten voortvloeien uit wet- en regelgeving, bekostigingsregels, financiële prikkels of andere formele punten. Toets voor zover mogelijk of het een misverstand is of een beleving van een formele belemmering. Een punt kan ook veroorzaakt worden door complexiteit; ook dan wordt een zo concreet mogelijke beschrijving gegeven.
 - Tot slot kunnen minder formele of minder institutionele aspecten een rol spelen die bijdragen aan een goede samenwerking.
- De cumulatieve knelpunten uit alle regio's leiden tot een eindanalyse van knelpunten in het stelsel van zorg en ondersteuning. Deze eindanalyse wordt getoetst in de regio en hier wordt verslag van gedaan.

Met betrekking tot het inventariseren van mogelijke oplossingsrichtingen:

- Gegeven de hiervoor genoemde punten inventariseert Berenschot oplossingen die partijen zelf aandragen.
 - De oplossingsrichting is in elk geval scherp genoeg geformuleerd dat duidelijk is of de oplossingsrichting aanpassing in wet- of regelgeving, bekostigingsregels, (financiële) prikkels of andere formele zaken aanpassingen vergt.
 - Het is ook mogelijk dat een oplossingsrichting geen formele maatregel vergt (bijvoorbeeld een wetswijziging of wijziging in regels van de zorgverzekeraar of gemeente), maar eerder verduidelijking van de huidige regels of vermindering van complexiteit.
 - Tot slot inventariseren we oplossingsrichtingen die de goede samenwerking tussen partijen verder stimuleren.
- Naast de opbrengst vanuit de individuele regio's maken we een samenvatting van het geheel.
- De cumulatieve oplossingsrichtingen uit alle regio's leiden tot een eindanalyse van knelpunten in het stelsel van zorg en ondersteuning. Deze eindanalyse wordt getoetst in de regio en hier wordt verslag van gedaan.

Kwantificeren van verzamelde input is geen doel, maar kan helpen om het ervaren belang te duiden of te komen tot prioritering. De verzamelde inzichten kunnen de regio's helpen om op eigen kracht gewenste volgende stappen te zetten.

1.2 Scope

Bij de start van de opdracht was reeds duidelijk dat het niet gemakkelijk zou zijn om een volledige foto te maken van alles wat op het terrein van regiobeelden in de breedte van de zorg speelt. Dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt door het feit dat 'de regio' en 'regiobeeld' niet vastomlijnd gedefinieerd zijn en daarmee door verschillende partijen op een eigen manier worden vormgegeven. Om een 'gelaagde foto' te kunnen maken die aansluit bij de bestuurlijke afspraken, hebben we gekozen de scope te beperken tot die zorgdomeinen die aansluiten bij de partijen die de HLA's hebben ondertekend. Concreet betekent dit dat de Medisch Specialistische Zorg, de Geestelijke Gezondheidszorg, de Huisartsenzorg, de Wijkverpleging en Paramedische Zorg onderdeel zijn geweest van de scope van dit onderzoek. Het sociaal domein, inclusief welzijnswerk en jeugdzorg, de zorg- & veiligheidsketen, gehandicaptenzorg en specifieke categorale vormen van zorg als hospicezorg vallen buiten de scope. Soms is door partijen binnen de scope van dit onderzoek overigens wel aangegeven dat partijen uit deze domeinen wel betrokken zijn bij de regiobeelden, maar deze partijen hebben wij in een de consultatieronde met veldpartijen niet apart bevraagd.

1.3 Uitgangspunten

In het onderzoek hebben wij de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- **Definitie en context afhankelijkheid.** Er worden verschillende definities voor 'de regio' gehanteerd en verschillende regio-indelingen gehanteerd (bijvoorbeeld acute zorg regio, veiligheidsregio, zorgkantoorregio etc.). De context van in de regio aanwezige typen en aantallen zorgaanbieders en hun gezamenlijke historie is bepalend voor wie welke rol vervult. Het is belangrijk de bestaande variëteit te laten zien en weg te blijven bij 'een niet bestaand gemiddelde'.
- **Verschillende 'aanliegroutes' op weg naar een gelaagde foto.** Vertrekpunt voor het onderzoek is de indeling in de 31 zorgkantoorregio's. Gekozen is zorginkopers te bevragen via een gestructureerde vragenlijst (zowel marktleders van zorgverzekeraars als gemeentelijke aanspreekpunten) evenals de aanvragers van een ZonMW voucher¹ om een regiobeeld op te stellen. Met een eerste foto als basis zijn wij in gesprek gegaan met een selectie van veldpartijen (vertegenwoordigers van burgers, ziekenhuizen, ggz, vvt, huisartsen, 1e lijn), waarna we de verrijkte foto hebben getoetst en verder aangescherpt bij de daarbij betrokken branchepartijen en koepels. Met uitvoeringsorganisaties van VWS is een rationalisatiesessie georganiseerd, waarin vooral gesproken is over opgehaalde belemmeringen en oplossingsrichtingen. Door de verschillende perspectieven en kijkvensters met elkaar te combineren, krijgen we een zo volledig mogelijk beeld én toetsen we herkenbaarheid.
- **Minimale belasting voor betrokkenen.** Daar waar we ons altijd bewust zijn van de belasting die onderzoek doet op de kostbare tijd van betrokkenen, waren we dat in het Covid voorjaar van 2020 in het bijzonder. De wens om het veld de ruimte te geven te doen wat nodig was, maakt dat het onderzoek vertraagde. Anderzijds heeft de Covid periode ook geleerd dat er digitaal meer kan, dan we dachten. Door gebruik te maken van de gegroeide flexibiliteit elkaar in het netwerk digitaal op te zoeken, is vertraging in tijd ingelopen en het eindrapport als input voor de Contourennota op tijd gerealiseerd.
- **Niet veroordelend, maar constructief.** De HLA afspraak om regiobeelden op te stellen, is de basis voor dit onderzoek. Het onderzoek is echter nadrukkelijk niet bedoeld om te oordelen over wie deze afspraken wel of niet heeft opgepakt. We geven in dit rapport geen oordeel of advies over de regiobeelden, maar brengen feitelijk de stand van zaken in beeld en analyseren deze vervolgens zo dat de uitkomsten van onderzoek helpen om in onderlinge verbinding volgende stappen te kunnen zetten.

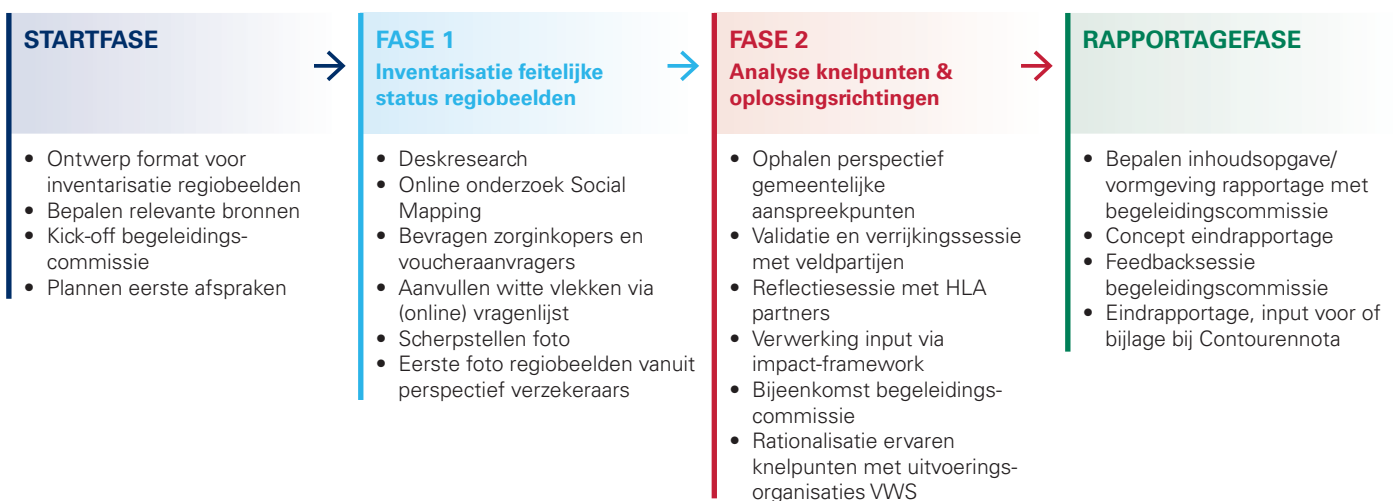
¹ Het ZonMw-programma Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) biedt regionale samenwerkingsverbanden financiële ondersteuning bij het ontwikkelen van een integraal, op de behoefte van hulpvragers aansluitend aanbod van zorg, welzijn en ondersteuning. Voor het inhuren van externe expertise voor het ontwikkelen van een regiobeeld kon in 2019/2020 subsidie worden aangevraagd in de vorm van een voucher.

Aanpak en methoden

Hoofdstuk 2

2.1 Gerealiseerde activiteiten

Het onderzoek is via de volgende fasering en daarbinnen benoemde activiteiten uitgevoerd. Een aantal specifieke activiteiten worden onder deze figuur nader toegelicht.



Figuur 2. Grafische weergave van de onderzoeks aanpak.

2.2 Onderzoeksmethoden

Deskresearch. Relevante onderzoeksrapporten zijn bestudeerd, evenals websites als regiobeeld.nl (RIVM) en dejuistezorgopdejuistestek.nl, websites en (jaar)rapportages van de grote verzekeraars (regio-beeld.nl) en van branchepartijen van ziekenhuizen, eerste lijn, VVT- en GGZ (zie bijlage 1).

Online onderzoek Social Mapping Company. In het kader van deskresearch hebben we met behulp van de Social Mapping Company online onderzoek gedaan naar op welke plekken en op welke manier over regiobeelden wordt gecommuniceerd. Ook hebben we geprobeerd een beeld te krijgen van het maatschappelijk debat over de regiobeelden. Al snel werd helder dat het gesprek over regiobeelden nog vooral een bestuurlijk/ beleidsmatig debat is, waarover nog weinig openbaar of met publieke gremia gesproken wordt. Het online onderzoek is gebruikt ter validatie van het deskresearch en als voorbereiding op de gesprekken met veldpartijen, zodat onderzoekers goed beslagen ten ijs kwamen en konden doorvragen. In de conclusies komen wij terug op het belang van het maatschappelijk debat/het versterken van de publieke dialoog.

Gestructureerde (online) vragenlijst. In overleg met de begeleidingscommissie is een vragenlijst ontwikkeld (zie bijlage 5 en 6) waarmee de zorginkopers (marktleders zorgverzekeraars en aanspreekpunten gemeenten) op een gestructureerde manier zijn bevroegd. Tevens is deze vragenlijst uitgezet onder de 96 gehonoreerde aanvragers van een ZonMW voucher voor het opstellen van een regiobeeld. Analyse van deze vragenlijsten is gebruikt als startpunt voor de validatie met veldpartijen.

Validatie en verrijking met veldpartijen. In digitale gesprekken met veldpartijen zijn tussentijdse uitkomsten ter validatie en verrijking voorgelegd. Onderzoekers zijn in gesprek gegaan met regiomanagers, managers 'de Juiste zorg op de Juiste Plek' of directeuren/bestuurders van zorgorganisaties. In totaal zijn 32 zorgorganisaties uit de sub-sectoren ziekenhuis, VVT, GGZ, eerste lijn, Regionaal Overleg Acute Zorg en burger/patiëntenorganisaties betrokken geweest met een zo maximaal mogelijke landelijke dekking (zie bijlage 4).

Reflectiesessie met HLA partners. In een digitale sessie met afgevaardigden van de betrokken HLA-partners is gereflecteerd op de tussentijdse uitkomsten en is stilgestaan bij de vraag of het beeld van de onderzoekers over de 'stand van het land regiobeelden' herkenbaar blijkt. Ook is stilgestaan bij de inventarisatie van opgehaalde belemmeringen en oplossingsrichtingen. In totaal waren hierbij ca. 25 deelnemers betrokken (zie bijlage 4).

Rationalisatiebijeenkomst buitenorganisaties van VWS. Tenslotte is een aantal experts betrokken vanuit Zorginstituut, NZa, IGJ, ACM, RIVM en ZonMW. In de digitale bijeenkomst met hen stond vooral 'rationalisatie van geïnventariseerde belemmeringen' centraal en is gesproken over welke opgehaalde oplossingsrichtingen vanuit hun perspectief het veld daadwerkelijk verder zullen helpen.

In voorliggend eindrapport komen alle bronnen van input en de verschillende perspectieven samen.



Figuur 3. Indeling zorgkantorregio's naar marktleder zorgverzekeraars.

Stand van het land met betrekking tot de regiobeelden

Hoofdstuk 3

In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op de 'stand van het land' met betrekking tot het ontwikkelen van een regiobeeld, de hierbij betrokken partijen en de genoemde opgaven waaraan in de regio wordt gewerkt. Vervolgens beschrijven we de thema's waarover partijen met elkaar concrete acties en afspraken maken. We sluiten af met een algemene beschouwing.

3.1 Stand van het land

De resultaten van verschillende deelonderzoeken illustreren dat er veel verschillende initiatieven zijn (geweest) om tot een regiobeeld te komen. Belangrijke eerste constatering is dat er in de HLA's nog geen sprake was van een definitie van het regioniveau waarop een regiobeeld tot stand zou moeten komen – de HLA definitie spreekt van een regiobeeld op niveau van *een regio, gemeente of wijk*. Na 2018 zijn partijen op verschillende niveaus met regiobeelden aan de slag gegaan. In grote lijnen zien wij twee niveaus waarop regiobeelden tot stand komen:

1. *Meer lokaal geïnitieerde initiatieven, voortvloeiend uit (zorginhoudelijke) initiatieven van zorgaanbieders of professionals.*

In deze regiobeelden staat vaak een concrete maatschappelijke opgave en een specifieke doelgroep centraal, en partijen vinden elkaar op inhoud. De regiodefinitie is lokaal, vaak een wijk of een gemeente. Dit wordt door betrokken partijen als 'bottom-up' omschreven.

2. *Meer landelijk geïnitieerde initiatieven, vanuit bestuurlijke of beleidsmatige invalshoek op niveau van de zorgkantorregio.*

Deze regiobeelden zijn vaak meer gericht op de vraag of partijen samen in de toekomst continuïteit van zorg kunnen garanderen (vraagontwikkeling vs. benodigde innovatie in aanbod). De regiodefinitie is regionaal: een groter adherentiegebied van bijvoorbeeld een (academisch) ziekenhuis of een zorgkantorregio. Dit wordt door sommige veldpartijen als 'top-down' omschreven.

Brononderzoek

Uit documentstudie en online onderzoek (voorjaar 2020) komen 241 verwijzingen naar initiatieven naar voren gericht, of gebaseerd, op een regiobeeld. Gezocht is naar initiatieven waar zorgpartijen samen aan de slag zijn met innovatie of transformatie van de zorg en of onder deze initiatieven een 'feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk' ligt. Mooi om te constateren is dat partijen steeds meer data-gedreven werken. In totaal zien we (na ontdebelling) verdeeld over de 31 zorgkantorregio's 103 verwijzingen naar een regiobeeld in ontwikkeling en 35 verwijzingen naar een afgerond regiobeeld.

Vanuit perspectief marktleders zorgverzekeraars:



Vanuit perspectief voucheraanvragers:



Vanuit perspectief van gemeentelijke aanspreekpunten:



Figuur 4. Stand van het land: Is er een Regiobeeld?

Gesprekken marktleders zorgverzekeraars

Op basis van de interviews met de acht marktleders van zorgverzekeraars in de zorgkantorregio's blijkt dat er in (op één na) iedere zorgkantorregio, een regiobeeld gerealiseerd of in ontwikkeling is. In sommige zorgkantorregio's is er (al dan niet in overleg met regiopartners) voor gekozen meer dan één regiobeeld te ontwikkelen, omdat er sprake is van historisch gegroeide subregio's met specifieke eigen karakteristieken (qua samenstelling van betrokken partners en/of qua opgave). In totaal is er vanuit dit perspectief sprake van niet 31, maar 37 regio's. Voor 30 regio's is een regiobeeld gerealiseerd (al dan niet gepubliceerd), voor 6 regio's is het regiobeeld in ontwikkeling en voor 1 regio moet het ontwikkelproces nog worden opgestart (stand voorjaar 2020).

Belangrijk is dat de aanpak en het bron-gebruik om tot een regiobeeld te komen per marktleder verschilt. Wel kiest elke marktleder voor een vergelijkbare aanpak voor de zorgkantorregio's waar deze marktleder actief is. Alle zorgverzekeraars maken gebruik van eigen data en van Vektis data, sommige combineren deze data met data van de regionale zorgaanbieders en een beperkt aantal maakt gebruik van data van onderzoeksinstituten en/of universiteiten. Zorgverzekeraars die marktleder zijn in meerdere zorgkantorregio's startten vaak in 1-2 regio's en rolden hun aanpak in de loop van de maanden uit over de andere regio's waarbij leereffecten werden toegepast.

Online onderzoek onder aanvragers van een voucher bij ZonMW

Eén van de subsidiemogelijkheden in het kader van versterken van juiste zorg op de juiste plek, is de mogelijkheid om als veldpartijen bij ZonMW een voucher aan te vragen om samen een regiobeeld op te stellen. Eind 2019 waren er 96 aanvragen door ZonMW gehonoreerd. De contactpersonen van de voucheraanvragers hebben de vragenlijst online opgestuurd gekregen, waarop 25% de vragenlijst heeft geretourneerd. In bovenstaande figuur komt naar voren dat het merendeel aangeeft dat het regiobeeld nog in ontwikkeling is, en iets meer dan 25% het regiobeeld inmiddels heeft afgerond. Belangrijk is dat deze regiobeelden zich vaak blijken te richten op een lokale opgave, op niveau van wijk of gemeente en niet per se een logische verbinding hebben met het regiobeeld dat op niveau van de zorgkantorregio in ontwikkeling of ontwikkeld is.

Online onderzoek aanspreekpunten gemeenten

Om de samenwerking tussen zorg en sociaal domein te versterken, hebben de gemeenten op niveau van de zorgkantorregio's specifieke aanspreekpunten benoemd, zowel op bestuurlijk als op ambtelijk niveau. In het kader van dit onderzoek hebben de ambtelijke aanspreekpunten vanuit de VNG de ontwikkelde online vragenlijst opgestuurd gekregen. In totaal is ruim 60% van de vragenlijsten geretourneerd. Als afronding van dit onderzoek zullen na de zomer van 2020 een aantal dialoogsessies georganiseerd worden tussen de acht marktleders van zorgverzekeraars en de gemeentelijke aanspreekpunten, om de opgehaalde inzichten over en ervaringen met de regiobeelden te delen en door te praten over hoe hierop samen doorgebouwd kan worden.

Daar waar de marktleders van zorgverzekeraars aangeven dat er op niveau van (op één na) alle zorgkantorregio's in het voorjaar van 2020 een regiobeeld is gerealiseerd, blijkt dat vanuit het perspectief van gemeenten nog niet altijd even herkenbaar of zichtbaar. Hoewel blijkt dat bij het merendeel van de initiatieven om op zorgkantorregio tot een regiobeeld te komen de gemeenten betrokken zijn, is er ook nog een deel van de gemeenten dat aangeeft dat zij nog niet betrokken zijn bij het realiseren van de regiobeelden.

Observaties

Het beantwoorden van de vraag 'is er een regiobeeld' blijkt afhankelijk van de definitie die je voor regiobeeld hanteert en voor het perspectief van waaruit je deze vraag beantwoordt. Daar waar zorgverzekeraars aangeven dat vanuit hun perspectief het regiobeeld 'gereed' is, blijkt bij daarover doorpraten daarover dat er verschillen in aanpak bestaan. Voor sommige verzekeraars is een regiobeeld 'gereed' als zij een eigen versie klaar hebben om over in gesprek te gaan met regiopartijen (door het regiobeeld aan gezamenlijke tafels te agenderen of door de regiopartijen één voor één langs te gaan om hierover door te praten). Andere verzekeraars hebben het regiobeeld vanaf de start samen met regiopartijen vormgegeven, vaak als er al een regionale bestuurlijke- of zorgtafel bestaat. In het eerste scenario is het regiobeeld soms inhoudelijk verder, maar procesmatig zijn nog de nodige stappen te zetten. In het tweede scenario is het regiobeeld soms inhoudelijk nog abstracter, maar zijn betrokken partijen procesmatig wel goed aangesloten om de benodigde vertaalslag naar gezamenlijke opgaven, afspraken en acties te kunnen maken.

In de hoofdlijnakkoorden werd afgesproken dat regiopartijen samen aan zet zijn om tot de regiobeelden te komen, en dat als dit niet gebeurde de zorginkopers een initiërende rol zouden invullen. Op het niveau van de zorgkantoorregio zien wij dat de verzekeraars in de meeste regio's deze initiërende of faciliterende rol hebben ingevuld, in een aantal regio's samen met betrokken gemeenten.

Hoewel hierdoor voor (op één na) alle zorgkantoorregio's een (eerste versie van een) regiobeeld beschikbaar is, merken veldpartijen ook op dat dit regiobeeld soms parallel tot stand kwam met regiobeelden die door zorgaanbieders in de praktijk al samen werden ontwikkeld.

Door vele gesprekspartners is aangegeven dat de regiobeelden nu nog een statisch karakter hebben (het samenvoegen van plaatjes in pdf op een aantal slides). Een volgende stap zou kunnen zijn de regiobeelden meer dynamisch in te richten waarmee ook monitoren mogelijk wordt van effecten van gezamenlijke interventies (leidt de transformatie tot het resultaat wat beoogd wordt?). Op lokaal niveau zijn hiervan wel enkele voorbeelden te vinden, maar op regionaal en/of landelijk niveau worden deze voorbeelden gemist.

In de validatiegesprekken met veldpartijen blijkt het opgehaalde beeld over de 'stand van het land' in grote lijnen herkenbaar: het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat zij betrokken zijn geweest bij het opstellen van het regiobeeld of weten van het regiobeeld dat door de verzekeraar voor hun regio ontwikkeld en beschikbaar is.

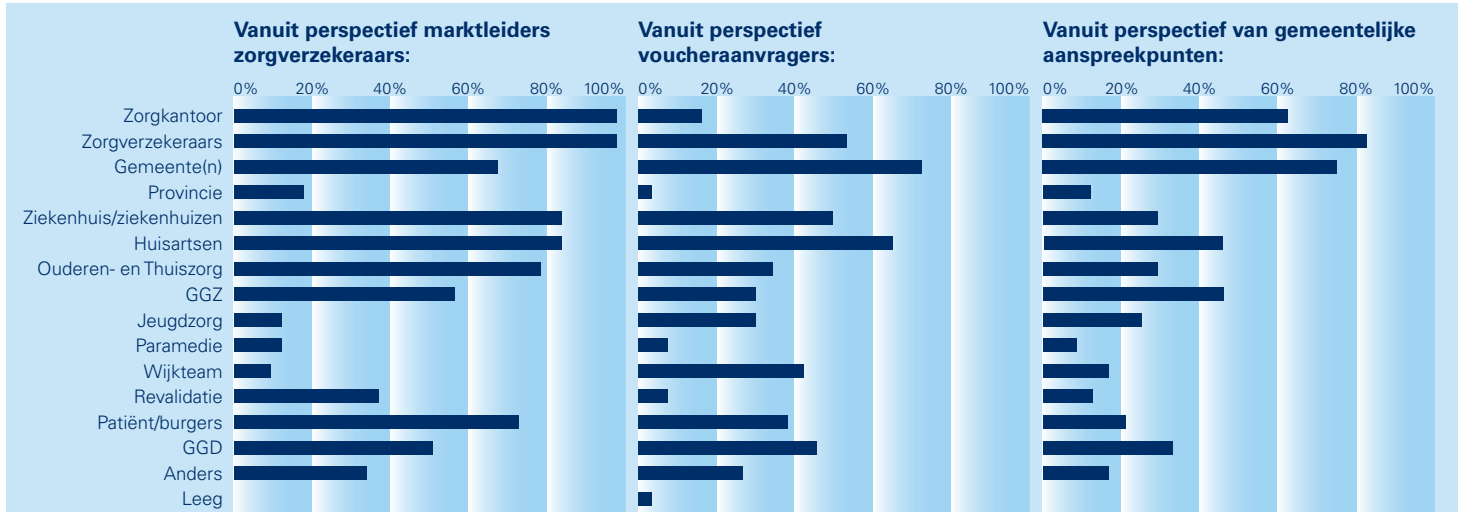
Opvallend is dat huisartsen vaak vertegenwoordigd zijn door een overkoepelende organisatie of via de ROS'en. Als dat het geval is, zijn zij vaker betrokken bij het opstellen van het regiobeeld. De ROS'en geven aan in veel verschillende regio's bij de regiobeelden betrokken te zijn. De GGZ benoemt dat zij in de eigen regio bij regiobeelden betrokken is, net zoals de gesprekspartners uit ziekenhuizen. ROAZ-vertegenwoordigers gaven aan alleen betrokken te zijn bij een regiobeeld rondom de acute zorg en het inrichten van zorg hiervoor. Gesprekspartners uit de VVT bleken in wisselende mate betrokken bij het opstellen van het regiobeeld; zij geven echter allen aan wel structureel regionaal samen te werken aan een regiovisie of initiatieven voor transformatie van het zorgaanbod.

Een enkele gesprekspartner gaf aan dat hij/zij niet bekend is met het regiobeeld voor de eigen regio. Een aantal ziekenhuizen geven aan dat zij, samen met andere zorgaanbieders in de regio, naast betrokken te zijn bij het regiobeeld van de zorgverzekeraar, ook werken aan 'een eigen' regiobeeld waarin ook eigen data wordt gebruikt. Het is nog niet altijd duidelijk of en hoe deze verschillende regiobeelden met elkaar in verbinding worden gebracht. In gesprek met de zorgaanbieders komt naar voren dat als er geen preferente zorgverzekeraar is, het proces om in gezamenlijkheid tot regiobeelden te komen minder tot stand komt. Andersom geldt dat ook als er meerdere ziekenhuizen in een regio aanwezig zijn die een minder goede samenwerking hebben. Sommige eerstelijnsparitijen geven aan dat er op meerdere plaatsen al 'bottom-up' werd gewerkt aan een regiobeeld en dat de zorgverzekeraar parallel hieraan een initiatief is gestart om te komen tot regiobeelden op niveau van de zorgkantoorregio.

Conclusie: er wordt hard gewerkt aan regiobeelden, op meerdere regioniveaus, door meerdere zorgpartijen in wisselende samenstellingen. Of en hoe deze regiobeelden bij elkaar gebracht zullen worden, is nog de vraag (wie heeft daarin welke rol?). De regiobeelden zijn of op lokaal niveau en op een specifieke doelgroep gericht, of op een wat hoger regioniveau (zoals de zorgkantoorregio) gericht op de continuïteit van de zorg in de toekomst. In beide gevallen zijn de regiobeelden vaak nog statisch en maken zij gebruik van historische data.

3.2 Betrokken partijen

De verschillende perspectieven om tot een regiobeeld te komen, leiden ook tot een wisselende samenstelling waarin partijen samen werken aan het regiobeeld.



Figuur 5. Betrokken partijen.

Perspectief marktleders zorgverzekeraars

Logischerwijs is vanuit dit perspectief het zorgkantoor/de zorgverzekeraar in vrijwel alle gevallen betrokken. Ziekenhuis en huisarts blijken vervolgens de meest betrokken partijen, gevolgd door de VVT-instellingen.

Burgers (soms via een aparte organisatie, soms in de vorm van de ledenraden van de verzekeraars) zijn in ca. driekwart van de gevallen betrokken, evenals gemeenten. In iets meer dan de helft van de gevallen was de GGZ een betrokken partij.

Perspectief voucheraanvragers ZonMW

Naar voren komt dat gemeenten het vaakst betrokken zijn als een regiobeeld met steun van een voucher wordt opgesteld, gevolgd door huisartsen. In ca. de helft is het ziekenhuis of de GGD betrokken. De VVT is slechts in een derde van de gevallen een betrokken partij. In de regiobeelden die op dit (vaak lokale, wijk of gemeente) niveau worden opgesteld, participeren ook partijen als de wijkteams en jeugdzorg. Deze zien wij niet vaak terug als betrokken partijen op niveau van de zorgkantoorregio's.

Perspectief aanspreekpunten gemeenten

Volgens gemeenten zijn de zorgverzekeraars het vaakst betrokken bij het opstellen van het regiobeeld, gevolgd door de gemeenten zelf. Het zorgkantoor wordt door gemeenten genoemd als 3e partij. De gemeenten geven aan dat ziekenhuizen minder vaak betrokken zijn (of dat zij hierop nog minder zicht hebben). Huisartsen en GGZ zijn in de ogen van de gemeenten bij iets minder dan de helft van de regiobeelden betrokken. Bij een kleiner aantal regiobeelden benoemen zij de paramedie, het wijkteam, revalidatiezorg en jeugdzorg als betrokken partijen.

Online en brononderzoek

In de onderzochte bronnen kwam het ziekenhuis het vaakst naar voren als betrokken partij, gevolgd door huisartsen. Gemeenten en zorgverzekeraars werden hierna het meest als betrokkene genoemd, gevolgd door de VVT. Slechts in sommige gevallen zijn bij deze initiatieven de betrokkenheid van burgers/cliënten, GGD en eerstelijnspartners zoals de apotheek en fysiotherapeuten genoemd.

Wanneer we naar het overkoepelende beeld kijken bij de betrokken partijen vanuit de invalshoek van de voucheraanvragers, gemeenten én zorgverzekeraars, zien we het volgende beeld bij de betrokkenheid van verschillende partijen in totstandkoming van het regiobeeld:

- Het zorgkantoor is in 15-90% van de initiatieven betrokken;
- De zorgverzekeraar is in 55-95% van de initiatieven betrokken;
- De gemeente is in 65-75% van de initiatieven betrokken;
- De provincie is in 10-20% van de initiatieven betrokken;
- Het ziekenhuis is in 50-80% van de initiatieven betrokken;
- De huisartsen 45-80% van de initiatieven betrokken;
- De ouderen- en thuiszorg (VVT) is in 30-80% van de initiatieven betrokken;
- De GGZ is in 30-55% van de initiatieven betrokken;
- De jeugdzorg is in 10-30% van de initiatieven betrokken;
- De paramedie is in 5-10% van de initiatieven betrokken;
- Het wijkteam is in 10-40% van de initiatieven betrokken;
- De revalidatiezorg is in 10-35% van de initiatieven betrokken;
- De patiënt/burgers is in 30-70% van de initiatieven betrokken;
- De GGD is in 30-50% van de initiatieven betrokken.

Observaties

Veldpartijen herkennen het opgehaalde beeld. Ook in deze gesprekken komt naar voren dat rond het regiobeeld – óf een regiovisie – het vaakst de samenwerking tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis, huisartsen en VVT gevormd wordt. Het medisch perspectief vormt nog de boventoon, zeker op niveau van de zorgkantoorregio, het sociaal perspectief is niet altijd hierop aangesloten. De GGZ, revalidatiezorg, de GGD en eerstelijnspartners blijken nog minder vaak betrokken bevestigen de zorgaanbieders. Gesprekspartners vanuit de GGZ herkennen zich minder in het beeld dat de GGZ minder vaak betrokken is: regionaal verband nemen zij zelf actief deel aan de dialoog over regiobeelden. Het kan zijn dat er sprake is van verschillende regionale overlegtafels waar in verschillende samenstellingen wél samen aan regiobeelden wordt gewerkt. Dat zou verklaren waarom perspectieven verschillen.

Ook het beeld van hoe gemeenten zijn aangesloten op de gezamenlijke regionale zorgopgaven is wisselend. Daar waar de curatieve as samenkomt, en medisch perspectief toch nog wat meer de boventoon voert, zien wij gemeenten nog niet altijd vanzelfsprekend aan tafel. Daar waar juist meer vanuit de sociale context wordt gekeken (zoals bijvoorbeeld in de GGZ) zien we dat gesprekspartners aangeven ‘goed met gemeenten aan tafel te zitten’.

Het feit dat ‘de regio’ verschillend wordt geïnterpreteerd en er daardoor wisselende ‘regioverbanden’ zijn wordt wisselend ervaren. De meerderheid van partijen, met name burger/patiëntenorganisaties, de eerste lijn en VVT geven aan dat er met respect om moet worden gegaan met bestaande verschillen. Volgens hen is het begrijpelijk dat er vanuit de historie en de bestaande verbanden aan dit vraagstuk wordt gewerkt. Een aantal gesprekspartners vindt de onduidelijke regiodefinitie frustrerend werken in dit proces. Het zou tot vragen leiden over welke partij waarbij wel of niet betrokken moet zijn, afstemmingsmechanismen en mandaten.

Aanvullend wordt nog aangegeven dat er vaak verschillende gremia actief zijn: soms is er bijvoorbeeld een verband tussen VVT-instelling, gemeente en andere zorginstellingen en soms met dezelfde VVT-instelling, zorgverzekeraar en andere instellingen. Hierin lijkt ‘het integrale gesprek’ niet altijd vanzelfsprekend.

Opvallend is dat hoewel er voor de Paramedie een eigen bestuurlijk akkoord is afgesloten, deze beroepsgroep nog nauwelijks betrokken is bij de realisatie van de regiobeelden. Naar voren komt dat het lastig is om deze beroepsgroep op een efficiënte manier te betrekken door de lage organisatiegraad en mogelijk speelt ook prioriteitstelling een rol (vanuit impact wordt genoemd: starten bij de grote vraagstukken, met de grotere organisaties). Dit beeld werd bevestigd in de bijeenkomst met de HLA partners, waarbij ook werd gepleit voor het samen zoeken naar een betere wijze van vertegenwoordigen van het burger/cliënt/patiënt-perspectief.

3.3 Geadresseerde thema's

Het RIVM heeft op regiobeeld.nl onderscheid gemaakt in een aantal thema's die geadresseerd kunnen worden in de op te stellen regiobeelden. Vanuit de verschillende perspectieven hebben wij in beeld gebracht welke thema's in welke mate worden opgenomen in de regiobeelden. De gemene deler is dat vrijwel vanuit alle perspectieven in een regiobeeld gekeken wordt naar de ontwikkeling van het zorgaanbod en het zorggebruik. Wanneer de regiobeelden een groter gebied bestrijken, zien we dat ook demografische/bevolkingsontwikkelingen vaker worden meegenomen in de analyse. 'Gezondheid en leefstijl'² en 'sociale omgeving' komen nog wisselend als onderwerp in de regiobeelden naar voren en komen vaker op het niveau van de zorgkantorregio op tafel dan op het lokale (wijk/gemeente) niveau. Het thema 'fysieke omgeving' (hoe de ontwikkelingen in de zorg kunnen worden vertaald in infrastructuur en andersom: welke impact infrastructuur heeft op zorg) wordt het minst geadresseerd, en als dit al het geval is juist vaker op lokaal niveau dan op het niveau van de zorgkantorregio.

Onderstaande tabel weergeeft de mate waarin een thema wordt geadresseerd vanuit de verschillende 'invalshoeken'.

Legenda:

Bijna altijd	75-100%	Vaak	50-75%
Soms	25-50%	Nauwelijks	< 25%

	Brononderzoek	Perspectief markt-leiders zorgverzekeraar	Perspectief voucheraanvragers ZonMW	Perspectief gemeentelijk aanspreekpunt
Ontwikkeling zorgaanbod	Vaak	Vaak	Vaak	Vaak
Ontwikkeling zorggebruik/zorgvraag	Vaak	Bijna altijd	Vaak	Bijna altijd
Bevolkingsontwikkeling	Soms	Bijna altijd	Bijna altijd	Bijna altijd
Gezondheid en leefstijl	Soms	Bijna altijd	Vaak	Vaak
Sociale omgeving	Soms	Vaak	Vaak	Vaak
Fysieke omgeving	Nauwelijks	Nauwelijks	Nauwelijks	Nauwelijks

Figuur 6. **Mate waarin de RIVM thema's worden geadresseerd in regiobeelden volgens verschillende perspectieven.**

3.4 Van regiobeeld naar veel genoemde opgaven

Formuleren van gezamenlijke opgaven

In het vertalen van het regiobeeld naar gemeenschappelijke opgaven, zien we dat nagenoeg alle regio's zich richten op het werken aan een gestroomlijnde samenwerking rond de patiënt/cliëntvraag over lijnen en domeinen heen. Daar waar zorgpaden voorheen vooral binnen de eigen muren van de organisatie werden verbeterd, zien we dat nu professionals over organisaties heen hiermee aan de slag zijn. Door meer te kijken wat er voor een cliënt/patiënt nodig is in de gehele keten, kan volgens gesprekspartners nog veel winst worden behaald. Per sub-sector verschilt het verband waarin dat voornamelijk wordt gedaan. Voorbeelden zijn een samenwerkingsverband gericht op ouderen met 'kernteams' van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en wijkverpleegkundigen (eerste lijn en VVT), een initiatief rond complexe meervoudige GGZ-problematiek bij jeugdigen (GGZ, jeugdzorg/sociaal domein) en een initiatief tussen ziekenhuis en VVT-instelling gericht op acute ouderenzorg. Diverse veldpartijen benadrukken daarnaast dat ook de domeinen wonen, werken en welzijn (niet persé zorg-gerelateerd maar met betrokkenheid van gemeenten en woningcorporaties) van mensen nog meer moeten worden meegenomen in zorg en behandeling.

De volgende onderwerpen zien wij met name terugkomen in de vertaalslag van regiobeeld naar het formuleren van de gezamenlijke opgaven:

- Continuïteit en toegankelijkheid van zorg – het komen tot een gezamenlijke visie op het toekomstig zorglandschap in 2030, het herindelen van de 2^e lijnszorg, definiëren van gepast gebruik van zorg;
- Digitale gegevensuitwisseling – inzet van technologie en hoe monitoren effecten van transitie;
- Schaarste van mensen en middelen – komen tot gezamenlijk arbeidsmarktbeleid, benutten van talent;
- Preventie en leefstijl – connected care, vroegsignalering en hoe veilig thuis kunnen blijven;
- Het verkleinen van gezondheidsverschillen – zelfredzaamheid van burgers, belastbaarheid van mantelzorg, zorg in de wijk, organiseren van platforms en aanbod voor doelgroepen als ouderen.

2 De gehanteerde thema's zijn gehanteerd volgens de definitie daarvan op <https://www.regiobeeld.nl/verantwoording>.

Binnen *continuïteit en toegankelijkheid van zorg* wordt door meerdere VVT-gesprekspartners aangegeven dat er regionaal al afspraken zijn om tot goede ‘doorstroom’ van cliënten te komen. Genoemde voorbeelden zijn een regionaal aanmeldpunt en een gezamenlijke crisisopvang. Gesprekspartners uit de GGZ geven aan dat in het screeningsproces nog vaak ‘foute’ verwijzingen voorkomen en dat daar nu domein overstijgend met zorgverzekeraar en gemeente afspraken over worden gemaakt.

Binnen *informatie-uitwisseling* is volgens een enkele gesprekspartner al een regionaal dashboard met beschikbare zorgcapaciteit voor verwijzers beschikbaar, als uitwerking van een gezamenlijk project tussen zorginstellingen. Het beeld is dat het investeren in doorontwikkeling nog lastig is (door beschikbaarheid van financiering en zicht op technologische (on) mogelijkheden).

Met betrekking tot *schaarste van mensen en middelen* is het volgens veldpartijen gangbaar op het terrein van arbeidsmarktbeleid steeds meer samen op te trekken.

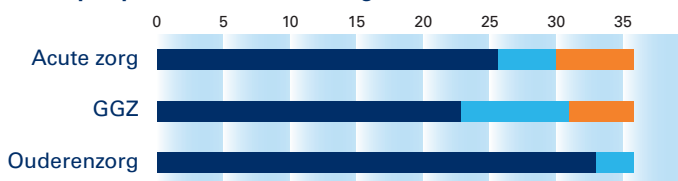
Een voorbeeld hiervan is de ambitie om zorgpersoneel in te zetten voor verschillende zorgaanbieders in de regio, zodat bijvoorbeeld in de wijkverpleging meer uren kunnen worden gemaakt en jonge starters een volwaardig contract kunnen krijgen. Aangegeven wordt dat partijen op dit gebied hinder ondervinden van fiscale regels, waardoor dit veel administratie vraagt.

Op het gebied van *preventie en leefstijl* geven veldpartijen aan dat er nog beperkter initiatieven zijn ontplooid. Hetzelfde geldt voor *het verkleinen van gezondheidsverschillen*. Op terrein van secundaire preventie, geven gesprekspartners vanuit ziekenhuizen aan dat er in hun regio al wel concrete afspraken zijn over monitoring van patiënten op afstand ten behoeve van vroegsignalering van mogelijke verergering van bestaande problematiek.

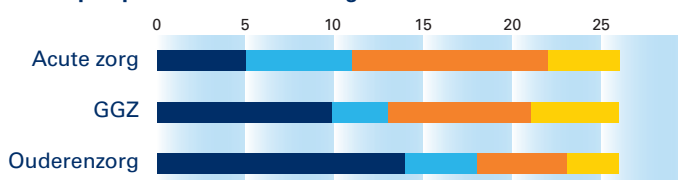
Geadresseerde doelgroepen

In het overgrote merendeel van de regiobeelden (zowel op niveau van de zorgkantorregio, als op lokaal niveau) wordt specifiek aandacht besteed aan de doelgroep kwetsbare ouderen. De zorgverzekeraars geven aan dat de aandacht daarnaast vooral uitgaat naar de acute zorg, daar waar voucheraanvragers en gemeenten aangeven dat als tweede de GGZ specifiek aandacht krijgt:

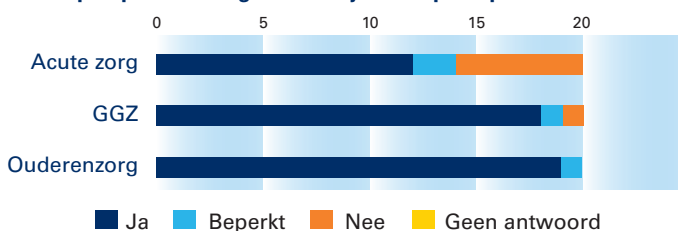
Vanuit perspectief marktleders zorgverzekeraars:



Vanuit perspectief voucheraanvragers:



Vanuit perspectief van gemeentelijke aanspreekpunten:



Figuur 7. **Aandacht voor doelgroepen.**

Veldpartijen geven aan zich te herkennen in de primaire focus voor kwetsbare ouderen en de GGZ. Acute zorg wordt minder genoemd, behalve waar het acute ouderenzorg betreft. In sommige regio's ligt de focus aanvullend ook op volwassenen met een chronische conditie.

3.5 Van opgave naar afspraken en acties

We constateren dat partijen op verschillende niveaus en in verschillende samenstellingen werken aan de regiobeelden. Op het niveau van de zorgkantoorregio's is nagenoeg overal een (eerste versie van een) regiobeeld beschikbaar. In sommige regio's wordt dit beeld nu gebruikt om samen te komen tot het formuleren van de opgaven en te komen tot prioriteitstelling, afspraken en acties. Het merendeel van de samenwerkende

partijen geeft aan dat dit in deze periode/voor de komende maanden op de gezamenlijke agenda staat, een klein deel van de zorgkantoorregio's is daar al actief mee bezig geweest.

Anders is dit voor de regiobeelden die op meer lokaal niveau zijn opgesteld. Daar is vaak de gezamenlijke opgave reden om een regiobeeld te maken (te funderen: doen we de goede dingen), en zijn afspraken en acties in 50% van de gevallen al gemaakt.

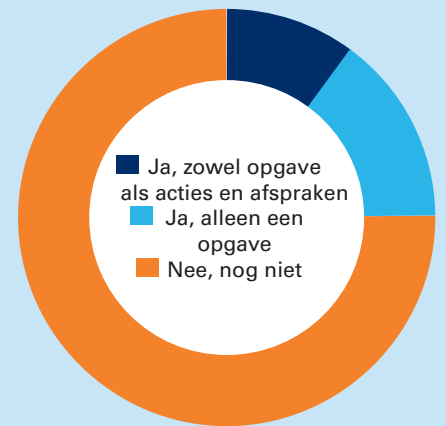
Vanuit perspectief marktleders zorgverzekeraars:



Vanuit perspectief voucheraanvragers



Vanuit perspectief gemeentelijke aanspreekpunten":



Figuur 8. Vertaalslag naar acties en afspraken

Perspectief marktleders zorgverzekeraars

Een kwart van de bevroegde zorgverzekeraars geeft aan dat er een gezamenlijke opgave en vanuit daar acties en afspraken zijn geformuleerd. In ongeveer de helft van de gevallen is dit nog niet het geval. Voor ca. een derde van de regio's is al wel de gezamenlijke opgave geformuleerd.

Perspectief voucheraanvragers ZonMW

De helft van de bevroegde voucheraanvragers heeft de regionale opgave en gezamenlijke acties en afspraken geformuleerd. Een kleinere groep heeft alleen de opgave geformuleerd en ongeveer een derde heeft hierin nog geen stappen gezet.

Perspectief aanspreekpunten gemeenten

Slechts een klein aandeel van de bevroegde gemeenten geeft aan dat een gezamenlijke opgave en acties en afspraken zijn geformuleerd. Ongeveer driekwart van de gemeenten geeft aan dit (nog) niet te hebben gedaan cq. hier niet bij betrokken geweest te zijn.

3.6 Conclusies

De verschillende perspectieven leren ons dat regio's een flink eind op weg zijn met het ontwikkelen van de regiobeelden. De totstandkoming van de regiobeelden gebeurt via verschillende 'routes': enerzijds via een meer bottom-up manier op gemeentelijk niveau en met lokale samenwerkingsverbanden. Anderzijds door (boven)regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars en (vaak grotere) zorgaanbieders.

Wie er 'aan tafel zit' en 'betrokken is' bij het regiobeeld wisselt. In het merendeel van de initiatieven zien we dat het ziekenhuis, huisartsen, zorgverzekeraar en VVT aangehaakt zijn. Gemeenten volgen hierop. Minder vanzelfsprekend is de betrokkenheid van de GGZ, de GGD, en de eerstelijnspartners zoals paramedici en apotheken. Ook is vertegenwoordiging van cliënten/patiënten/burgers nog niet overal het geval.

Veldpartijen en HLA-partners benadrukken het belang van een goede vertegenwoordiging van dit perspectief zeker als gedacht wordt aan het belang van de paradigmashift van 'ziekte naar gezondheid'. Wijkteams en jeugdzorg komen in lokale verbanden terug als betrokken partner. Hierbij moet worden opgemerkt dat wat onder 'betrokken bij het regiobeeld' wordt verstaan, varieert. De ene zorgorganisatie heeft over het regiobeeld alleen een presentatie gehad van de zorgverzekeraar, de andere heeft samen met de verzekeraar en andere aanbieder beschikbare informatie gedeeld en deze samen actief geduid tot het regiobeeld.

De inhoudelijke thema's binnen de regiobeelden strookt in de basis met wat men zou verwachten wanneer wordt toegewerkt naar een toekomstbestendig zorglandschap: er wordt veelal ingegaan op het bestaande zorgaanbod en het zorggebruik in de regio. In wisselende mate worden ook gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling en sociale omgeving besproken in de regiobeelden. Tot slot komt 'fysieke omgeving' nog het minst terug. Mogelijk heeft hierin meegespeeld dat informatie over dit thema nog niet gepubliceerd is via de website regiobeeld.nl, waardoor informatie hierover mogelijk moeilijker toegankelijk is.

Daar waar een regiobeeld op lokaal niveau tot stand komt, ligt er vaak een gezamenlijke opgave onder de wens om tot een regiobeeld te komen. Omdat deze urgentie dan al samen gedeeld wordt, is het vertalen van de opgave naar afspraken en acties al vaker gebeurd. Op het niveau van de zorgkantorregio's zien we dat het regiobeeld nog niet altijd een gedragen regiobeeld door alle partijen is, hoewel hier wel in nagenoeg alle regio's een start mee wordt gemaakt. Dit is deels verklaarbaar vanuit het aantal regio's dat marktleiders van verzekeraars onder hun 'hoede' hebben (bij meerdere regio's maken de grotere zorgverzekeraars een start in 2-3 regio's en rollen zij daarna hun aanpak uit). Ook is te zien dat per regiobeeld een wisselende samenstelling van veldpartijen betrokken is. Dit faseverschil maakt dat de vertaalslag van regiobeeld naar gezamenlijke opgaven, en daarna ook afspraken en acties in veel regio's nog volop in ontwikkeling is en de komende maanden op de agenda staat.

Belemmeringen bij het komen van regiobeeld tot actie

Hoofdstuk 4

Een belangrijke onderzoeksvraag is de vraag of en in welke mate regiopartners belemmeringen tegenkomen, die maken dat zij met elkaar onvoldoende verder komen. In dit hoofdstuk beschrijven we de belemmeringen zoals deze door de respondenten en gesprekspartners zijn benoemd. Waar helpt het stelsel of de manier waarop wij in zorg en sociaal domein met elkaar samenwerken minder om 'het goede' te doen? Hierbij is het goed om aan te geven dat wij niet pretenderen volledig te zijn, maar zicht geven op welke belemmeringen primair worden benoemd. Ook merken wij op dat in dit hoofdstuk soms al een vertaalslag gemaakt wordt naar een mogelijke oplossing. Het volgende hoofdstuk focust daar specifiek op.



4.1 Opgehaalde belemmeringen

Respondenten (marktleiders zorgverzekeraars, voucheraanvragers ZonMW en gemeentelijke aanspreekpunten) geven aan dat bijna iedereen (97,3%) aanloopt tegen (beperkte) belemmeringen als het gaat over het vertalen van het regiobeeld naar een gezamenlijke regionale opgave en/of het komen tot afspraken en acties. Deze uitkomsten zijn getoetst in de validatiegesprekken met veldpartijen en in de reflectiesessie met de HLA-partners.

Een deel van de belemmerende factoren lijken vooral factoren die op landelijk niveau spelen of geadresseerd zouden moeten worden, een ander deel juist in de regio tussen de betrokken partijen en een deel gaat over factoren die binnen de individuele organisatie een rol spelen. In onderstaande tabel hebben we de opgehaalde belemmeringen geclusterd en langs die lijn 'landelijk-regionaal-lokaal' gerubriceerd.

Veel respondenten wijzen erop dat het gebrek aan doorzettingsmacht/governance in de regio belemmerend werkt. Wisselend wordt gedacht over het gebrek aan financiële ruimte om te kunnen innoveren, het soms frustrerende effect van financiële prikkels en de nog op domeinen gerichte bekostiging die onvoldoende flexibel meebeweegt met domein overstijgende initiatieven. Op dat gebied wordt vooral ook gewezen naar de vele incidentele mogelijkheden die gevonden worden, maar waar de vertaalslag naar een structurele inbedding daarvan wordt gemist.

Daarnaast wijzen respondenten op belemmeringen als ruimte en tijd van professionals, ontbreken van verbinding en mogelijkheden op terrein van informatievoorziening, onvoldoende inzet op zelfredzaamheid van burgers, de organisatiegraad van kleinere of zelfstandig werkende zorgaanbieders en een soms nog ontoereikende verbinding tussen de landelijke overheid en uitvoeringsorganisaties, branchepartijen/koepels en individuele zorgorganisaties. Hieronder worden de gerubriceerde belemmeringen nader toegelicht.

RUBRICERING OPGEHAALDE BELEMMERINGEN	LANDELIJK	REGIONAAL	LOKAAL
Doorzettingsmacht/ governance	Ontbreken van (inzicht in) landelijke kaders over wat van een regio verwacht wordt op het terrein van samenwerking en governance. Welke partijen zouden in welke mate met elkaar verbonden moeten zijn? Wie heeft op welk thema logischerwijs welk mandaat? Genoemd wordt dat een 'zorgstandaard' ontbreekt waarin samenwerking tussen partijen beleidsmatig is verankerd, zoals bijvoorbeeld wel aanwezig is voor de integrale geboortezorg.	<p>Besluitvorming over ketenpartners en domeinen heen is complex, mede doordat een duidelijk bestuurlijk mandaat ontbreekt.</p> <p>Niet alleen inhoudelijk is niet altijd duidelijk wie welk eigenaarschap heeft, het gaat ook om basale zaken als 'wie organiseert een bijeenkomst, maakt een verslag of regelt een zaaltje'.</p> <p>Het bepalen van gezamenlijke prioriteiten is een opgave, vanwege soms verschillende belangen en concurrentie.</p> <p>Regio's zijn vaak geneigd samen te werken met de voor de hand liggende (grotere) partijen. Ook wordt gewerkt met vertegenwoordiging per sector. Voor nieuwe en kleinere partijen is het lastiger om aan tafel te komen, terwijl juist die partijen een nieuwe, innovatieve blik kunnen werpen op de regio.</p> <p>Soms bestaan er geen of verschillende regiotafels t.b.v. het trekken/coördineren van de regionale opgave. Onduidelijkheid over wat aan welke tafel besproken wordt, welke partijen betrokken zijn en welke beslissingen in de regio vs. landelijk gemaakt worden.</p>	<p>Een versnipperd zorglandschap maakt dat het veel tijd kost goed aangesloten te blijven.</p> <p>Aansluiting van de bestuurlijke laag op de samenwerking die in het ecosysteem van zorgprofessionals reeds bestaat is niet altijd vanzelfsprekend en interpersoonlijke klik speelt een rol (c.q. het samenbrengen van mensen uit organisaties is niet altijd hetzelfde als samenbrengen van organisaties).</p> <p>Betrokkenheid van gemeenten is niet altijd gemakkelijk te organiseren door politieke besluitvormingsprocessen en een andere (wijze van) prioriteitstelling. Ontbreken van inzicht in het politieke proces maakt dat gemeenten voor zorgorganisaties soms ervaren worden als 'onvoorspelbaar'. Andersom is het voor wethouders niet altijd duidelijk waarom zij zaken doen met een regionaal aanspreekpunt i.p.v. een bestuurder.</p>
Informatievoorziening/ ICT	<p>Het gebrek aan integraliteit: de definities en daarmee samenhangende registratie van gegevens is niet eenduidig, hetgeen koppeling en interpretatie in de weg zit. De AVG belemmert vrij uitwisselen van informatie.</p> <p>Beperkte sturing op de mogelijkheid om data over domeinen heen te ontsluiten en aan elkaar te koppelen.</p> <p>De technische koppeling kost veel geld en ICT-leveranciers hebben een monopolie positie.</p>	<p>Partijen willen enerzijds informatie delen, maar zich anderzijds conformeren aan de AVG. Dat leidt tot stilvallen van initiatieven omdat 'men er niet uitkomt'.</p> <p>Informatie uitwisseling is lastig door verschillen in systemen (EP-D's/ECD's) en het ontbreken van (mogelijkheden tot) koppeling van vastgelegde data.</p>	<p>Ontbreken van mogelijkheden voor de forse financiële investering om gegevensuitwisseling mogelijk te maken.</p> <p>Stimulans om systemen aan te laten sluiten op andere systemen ontbreekt vaak.</p>
Bekostiging³/ Financiering⁴	<p>Bekostiging:</p> <p>Wettelijke kaders en bekostiging zijn ingericht per domein en niet gericht op de domein overstijgende initiatieven.</p> <p>Onvoldoende (zicht op) betaaltitels voor preventie en innovatieve zorgvormen.</p> <p>Financiering:</p> <p>Gebrek aan zicht op verschillende subsidies en ondersteuningsinitiatieven (versnippering).</p>	<p>Bekostiging:</p> <p>Kosten-baten problematiek tussen regiopartners, ofwel investering door de ene organisatie, winst landt bij een ander (bijvoorbeeld op terrein preventie). Hierin ontbreekt integraliteit of inzicht in mogelijkheden hiermee om te gaan.</p> <p>Financiering:</p> <p>Aan eenzelfde overlegtafel worden sommige professionals (bijvoorbeeld huisarts) wél gecompenseerd voor hun innovatietijd, anderen (bijvoorbeeld fysiotherapeut) niet.</p>	<p>Bekostiging:</p> <p>Na incidentele financiering niet altijd zicht op structurele oplossing, waardoor partijen niet van wal komen. Reeds ingezette (goede) beleidslijnen worden soms teruggetrokken omdat er geen bekostiging gevonden wordt.</p> <p>Financiering:</p> <p>Ontbreken financiële mogelijkheden voor benodigde randvoorwaarden (als ontwikkelkracht en ICT).</p>

3 Bekostiging door middel van tarieven of prijzen zorgt voor de middelen waarmee de zorgaanbieder de kosten van de geleverde zorg dekt. De zorginkoper bekostigt de zorg door tarieven te betalen voor geleverde productie.

4 Financiering is het tijdelijk ter beschikking stellen van vermogen in ruil voor een vergoeding. Financiering is niet bedoeld voor het dekken van de gemaakte kosten voor het leveren van zorg, maar voor bijvoorbeeld investeringen in de gebouwen of ICT-structuur.

RUBRICERING OPGEHAALDE BELEMMERINGEN	LANDELIJK	REGIONAAL	LOKAAL
Zelfredzaamheid burgers (/bijbehorende gedragsverandering)	De paradigmashift 'denken vanuit maatschappelijke opgaven i.p.v. doorontwikkelen van aanbod' maakt de rol van de burgers steeds belangrijker. Het maatschappelijke debat over wat 'eigen regie' betekent, vindt nog beperkt plaats.	De zorg en daarin werkzame professionals zijn van oudsher gericht op genezen en verbeteren van het bestaand zorgaanbod i.p.v. met het bevorderen van gezondheid en/of het voorkomen van ziekte.	Er is sprake van ingesleten gedragspatronen bij zowel burgers/zorgconsumenten als bij zorgprofessionals, waarbij verandering een lange adem en gezamenlijke aanpak vragen.
Ruimte en tijd professionals	Betekenisgeving van de paradigmashift (van sturen op ziekte naar sturen op gezondheid) naar individuele beroepsgroepen ontbreekt.	Substitutie van zorg loopt aan tegen de grenzen van de beschikbaarheid van zorgverleners in de eerste lijn. Een (naderend) tekort aan huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde.	Ontbreken van betekenisgeving over de impact van 'anders werken' op ieders rol, bevoegd- en verantwoordelijkheden (mag/kan ik dat wel?). Werkdruk wordt als hoog ervaren, innovatie moet 'erbij' en dagelijks werk gaat voor.
Vertegenwoordiging/organisatiegraad van burgers en kleinere of zelfstandige zorgprofessionals aan de regiotafels	Kaders over wie bij welk type regiobeeld betrokken zou moeten worden ontbreken. Daardoor overall eigen invulling en weinig referentiemateriaal om discussie aan te gaan.	'Usual suspects' gaan met elkaar aan tafel. Grotere zorgorganisaties schuiven aan, kleinere laten zich vertegenwoordigen of zijn überhaupt niet verbonden. Een regionaal aanspreekpunt of coördinatiemechanisme namens 'burgers' ontbreekt vaak (veelal nog patiënt of cliëntvertegenwoordiging en zoeken naar op welke wijze partijen niet gepasseerd worden. Daardoor soms eerder niet aan tafel dan een keuze maken die tot 'gedoe' bij niet uitgenodigde partijen leidt).	Lage organisatiegraad van de eerste lijn (zowel huisartsen en paramedie, als ZZP'ers zoals psychiaters). Wisselende professionaliseringsgraad van zorgaanbieders. Elke zorgaanbieder heeft een eigen patiënten of cliëntenraad, de verzekeraar heeft een ledenraad etc. Deze rollen worden vaak vrijwillig/onbezoldigd ingevuld. Hoe perspectieven slim bij elkaar gebracht kunnen worden is zoeken.
Verbinding landelijke, branche- en regio-partijen	Er lopen veel initiatieven en 'taskforces' naast elkaar, waarbij niet altijd duidelijk is wie wat doet en hoe e.e.a. samenhangt. Er worden 'wisselende beleidslijnen' ervaren (bijvoorbeeld marktwerking vs. samenwerking). De zorg laat zich leiden door "incident politiek": buitenproportioneel reageren op incidenten, in plaats van sturen vanuit een verder vooruitziende blik.	Een open dialoog over eenieders rol, belang en verantwoordelijkheid bij de veranderopgaven wordt nog niet altijd of op een effectieve manier gevoerd.	Zorgaanbieders, branchepartijen en overheden zijn niet altijd goed op de hoogte van elkaars rol, verantwoordelijkheid en beleidslijnen. Inzicht ontbreekt in waarom partijen doen wat ze doen. Het is niet altijd makkelijk om elkaars perspectief en mogelijkheden goed uit te vragen.

Tabel 1. **Overzicht van opgehaalde belemmeringen onderscheiden naar landelijk, regionaal en lokaal niveau.**

4.2 Belemmeringen: feitelijk of perceptie?

Tijdens een rationalisatiesessie met het Zorginstituut, ZonMw, NZa, ACM, IGJ en RIVM hebben we gekeken of de opgehaalde belemmeringen herkend worden. Vanuit de rol en verantwoordelijkheid van deze buitenorganisaties is gesproken of zij vanuit hun expertise het beeld delen of een belemmering feitelijk is, of dat de belemmering wel ervaren wordt maar vanuit het beleid of gemaakte afspraken geen belemmering zou hoeven zijn. Dan spreken we van een gepercipieerde of door veldpartijen ervaren belemmering. In onderstaande figuur is samengevat of deze partijen de belemmeringen (op een gerubriceerd niveau) als feitelijke of een gepercipieerde (door veldpartijen ervaren) belemmering zien:



Figuur 9. **Analyse van ervaren (score: 1) versus feitelijke (score: 5) belemmeringen volgens experts van uitvoeringsorganisaties.**

De (gerubriceerde) belemmeringen worden door de buitenorganisaties herkend: ook in hun contacten met veldpartijen horen zij dat deze factoren een rol spelen in de regio's. De buitenorganisaties benadrukken dat het belangrijk is om de vraag te stellen die schuil gaat achter een genoemde belemmering. Vaak blijkt de belemmering niet persé de reden waarom regiopartijen niet verder komen, maar spelen ook willen & gunnen een rol. Daar waar partijen samen geloven in de opgave die moet worden gerealiseerd, en mensen elkaar vinden zien partijen dat belemmeringen worden opgelost. Dit maakt dat zelfs feitelijke belemmeringen (zoals 'er is geen betaaltitel') in praktijk door partijen worden opgelost (bijvoorbeeld als regiopartijen het gesprek aangaan over de mogelijkheden met de NZa). Als een focus op de belemmeringen de start van het gesprek bepalen, komt samenwerking vaak niet verder. Als het gesprek start bij het delen van de gezamenlijke opgave en op inhoud verbinding tot stand komt, worden belemmeringen ervaren als een minder groot struikelblok (en daarmee als een minder feitelijk probleem).

4.3 Observaties met betrekking tot genoemde belemmeringen

- Er is een onderscheid tussen belemmerende factoren die vooral op landelijk niveau lijken te spelen, factoren die juist op regionaal niveau tussen de betrokken partijen spelen en factoren die binnen de individuele organisatie een rol spelen. De oplossingsrichtingen voor belemmeringen zullen daarom uiteindelijk ook op verschillende tafels en niveaus opgepakt moeten worden.
- Beschikbaarheid van data en data-uitwisseling is relatief vaak genoemd, waarbij specifieke belemmeringen worden ervaren door het ontbreken van eenduidige definities en de beperkte mogelijkheden om systemen te koppelen. Ook is een forse financiële investering nodig om gewenste koppelingen te kunnen maken.
- Ten aanzien van bekostiging wordt het gebrek aan domein overstijgende bekostiging c.q. het bestaan van verschillende bekostigingsvormen binnen één keten/voor één doelgroep en het gebrek aan betaaltitels voor preventieve zorg, als belemmering ervaren.
- Ten aanzien van de ruimte en tijd van professionals valt op dat dit bij de ZonMw vouchers met name gaat over de beschikbaarheid van professionals om samenwerkingsverbanden op te zetten, terwijl de marktleders hier juist verwijzen naar de beschikbaarheid van zorgprofessionals om (meer) zorg te verlenen, bijvoorbeeld in het kader van substitutie.
- Om tot de cultuur te komen die nodig is om de regionale opgaves (bijvoorbeeld de omslag naar positieve gezondheid) het hoofd te bieden, is de (beperkte) zelfredzaamheid en organisatiegraad van burgers als partner in innovatie een belemmering.
- Daarnaast wordt de lage organisatiegraad van o.a. de eerste lijn en paramedici en het ontbreken van integrale vertegenwoordiging als belemmering ervaren om tot een samenwerkingsverband te komen waarin alle partijen vertegenwoordigd zijn.
- Ten aanzien van doorzettingsmacht/governance wordt vaak verwezen naar complexe politiek bestuurlijke context en het versnipperde zorglandschap, waarin partijen soms bereid moeten zijn om positie in te leveren met oog op samenwerking.
- Tenslotte wordt de beperkte verbinding en samenhang tussen landelijke, branche en regiopartijen als belemmering genoemd.

Oplossings- richtingen

Hoofdstuk 5

Aan alle respondenten en gesprekspartners is gevraagd welke beelden er zijn bij wat nodig is om eventuele belemmeringen het hoofd te bieden. Centrale vraag was 'wat moet er gebeuren om te zorgen dat partijen in de regio's samen verder komen, en wie is daarbij aan zet'? Ook is gevraagd welke goede voorbeelden mogelijk zouden moeten worden opgeschaald.

5.1 Opgehaalde oplossingsrichtingen

In het onderzoek zijn verschillende oplossingsrichtingen genoemd voor de eerder genoemde belemmeringen. In de meeste gevallen geven de respondenten aan slechts beperkt in staat te zijn eigenstandig oplossingen te vinden. Hiermee bedoelen zij dat ze elkaar als regiopartners of andere partijen in het stelsel nodig hebben om over een barrière heen te komen. Belangrijke rode draad is dat stelselwijziging geen doel op zich zou moeten zijn. Veldpartijen geven zeker aan op onderdelen last te hebben van het stelsel (verschillende regiodefinities, domein specifieke bekostiging etc.) maar geven ook aan zich te realiseren dat het aanpassen ervan gaat leiden tot veel energie op bureaucratie/administratieve vraagstukken. Ook geven partijen aan dat 'overheidssturing' het risico meebrengt dat goede en energie gevende samenwerkingsverbanden gefrustreerd worden als bijvoorbeeld blijkt dat je n t in een andere regiodefinitie gaat vallen dan je samenwerkingspartner.

De opgaven waar de zorg voor staat worden door partijen als complex ervaren. Dit maakt dat een maakbare oplossing en 'one-size-fits all' niet gaan werken. Het merendeel van de gesprekspartners geeft aan dat het zou helpen als ervaren wordt dat overheden en uitvoeringsorganisaties veldpartijen faciliteren in het lerend doorontwikkelen van hun samenwerking. Niet door systemen op voorhand aan te pakken of door theoretische gesprekken te voeren over belemmeringen in financiering of informatievoorziening, maar door praktisch bereikbaar te zijn als hier vragen over bestaan in regio's en door flexibel ruimte te bieden om 'soms buiten de lijntjes te kleuren'.

Aangegeven wordt dat hier al veel mooie voorbeelden van bestaan. Zo is merkbaar dat uitvoeringsorganisaties een meer agenderende en faciliterende rol vervullen in de richting van de regiopartners, daar waar voorheen 'het wijzende vingertje' werd opgestoken. Dat wordt gewaardeerd. Gewaakt moet worden dat incidentele oplossingen vervolgens vastlopen in het structureel maken daarvan. De vraag is op welk niveau leerervaringen moeten worden gedeeld om te zorgen dat deze w l hun beslag krijgen in doorontwikkeling van het stelsel of bestaande systemen. Coördinatiemechanismen daartoe zijn onvoldoende aanwezig.

Gesprekspartners wijzen erop dat het merendeel van de belemmeringen een blauwe of harde⁵ kant lijken te hebben, terwijl de ervaring leert dat juist de zachtere elementen van samenwerking bepalend zijn voor succes. Daarbij gaat het om bouwen aan onderliggende bouwstenen als het versterken van onderling vertrouwen, inzicht krijgen en geven in elkaars belangen en het leren begrijpen van elkaars jargon en historie.

⁵ Hiermee wordt bedoeld: beperkingen in termen van governance, structuren, systemen, taken/rollen/verantwoordelijkheden.

Aangegeven wordt dat het belangrijk is om 'ruimte te laten voor uitwerking in de regio en op te passen met 'van bovenaf oplossen'. Hierbij hoort ook dat de regio's voldoende tijd moeten krijgen en nemen om gezamenlijk tot voortgang te komen en tot overeenstemming te komen over dat het regiobeeld feitelijk juist is.

De hardere oplossingen (bijvoorbeeld gericht op de governance of structuur) helpen, maar onderling vertrouwen, elkaar opzoeken en het werken een gezamenlijk geformuleerde opgave zijn essentieel. Het gaat om het faciliteren van deze dialoog en ruimte bieden voor partijen om elkaar op te zoeken en beter te leren kennen. Als gewerkt wordt aan dezelfde opgave, zal een ander gesprek gevoerd worden, waarbij de opgave de basis is voor verbinding in de regio. Dit gezegd hebbend, zijn er wel degelijk meer harde oplossingsrichtingen benoemd die partijen op landelijk, regionaal of lokaal niveau zouden willen beleggen:

Op landelijk niveau:

- Meer regie en sturen op principes van integrated care (bijvoorbeeld in toetsing van uitvoeringsorganisaties bevraagd worden op domein overstijgend werken naast domein specifieke zaken);
- Bieden van handvatten hoe regiosamenwerking vorm moet krijgen - hoewel one-size-fits-all voorkomen moet worden, helpen referentiepunten de regiopartijen aan tafel te komen of in beweging te brengen. Denk aan handvatten als welke partijen logischerwijs welke thema's samen oppakken, wie per thema een logische eigenaar is, voorbeeld overlegstructuren, format voor een samenwerkingsagenda, contractafspraken, etc.;
- Versnellen van eenduidige definities en centrale, eventueel gepseudonimiseerde opslag van data, specifiek te vertalen naar de eigen regio (en mogelijkheid voor onderlinge benchmark/lering);
- Meer regie en sturing op het stroomlijnen van de inrichting en mogelijkheden tot koppeling van ICT systemen/leveranciers en beteugelen van hoge kosten die in rekening worden gebracht bij kleine wijzigingen;
- Vertaalslag van de domeinen van 'quadruple aim'⁶ naar een aantal gemakkelijk te hanteren uitkomstparameters, waaraan de regio's zich kunnen vasthouden (op welke onderdelen boven/onder de benchmark, handvat voor prioriteitstelling);

⁶ Volgens de principes van Quadruple Aim worden interventies in de zorg beoordeeld op de volgende domeinen: het verbeteren van de populatiegezondheid, verbeteren van ervaren kwaliteit, het verlagen van zorgkosten en het verhogen van tevredenheid van zorgverleners. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals Family Medicine*. 2014;12(6):573-6.

- Helderheid over de (wel/niet te verwachten) doorontwikkeling van nieuwe en/of meer flexibele bekostigingsvormen. Hierbij moet rekening worden gehouden met de verschillen tussen zorgvormen, zoals acute vs. planbare zorg en de mate waarin een 'traditionele' productiebekostiging ("p*q") nog passend is of waar meer domein overstijgende bekostiging (zoals populatiebekostiging) passend is;
- Uitbreiden mogelijkheden bekostiging voor inzet op preventie;
- Versterken van het publieke debat over de paradigmashift van ziekte naar gezondheid en de vraag die dit stelt aan (betrokkenheid van) burgers bij transformatie van de zorg;
- Verhelderen van inzicht in ieders rol en betrokkenheid van partijen in het zorgstelsel, uitleggen van de bedoeling achter wet- en regelgeving, het (digitaal) versterken van onderlinge verbindingen en dialoog tussen landelijke, regionale en lokale zorgspelers.

Op regionaal niveau:

- Opdracht om gezamenlijk de opgave te formuleren, komen tot een heldere programmastructuur met periodieke afstemming en beleggen van eigenaarschap op een aantal (nader te bepalen) cruciale thema's;
- Juridisch borgen van de gezamenlijke governance, zodat deze minder vrijblijvend wordt;
- Beter benutten van de brugfunctie die de GGD (als regisseur van gezondheid) kan vervullen tussen het medisch en sociaal domein;
- Inzetten op bestuurlijke commitment, waarbij het helpt als bestuurders zichtbaar hun rol in de regio pakken;
- Zorgen voor (onafhankelijk) technisch voorzitterschap, bij elkaar brengen van culturen, taal en belangen;
- Stimuleren van gegevensuitwisseling in de regio door het aansluiten van ECS's/EPD's en het faciliteren van professionals om de juiste patiëntgegevens op de juiste plek op te slaan;
- Gelijkgerichtheid van financiers, samenwerking en commitment van alle verzekeraars;
- Domein overstijgend financieren als pilot, met doorkijk naar lange termijn afspraak;
- Juridisch borgen van de gezamenlijke governance, zodat deze minder vrijblijvend wordt;
- Van incidenteel naar structureel, onder andere door inrichten van learning communities (platforms waar initiatieven bij elkaar komen) en bekostigen (bijvoorbeeld door betaaltitels) van coördinatie en randvoorwaarden benodigd voor de regionale opgave en samenwerking;
- Kosten (frictie en transitie) voor de baten uit kunnen laten gaan en programmakosten vergoeden;

- Anders opleiden van professionals, de blik op gezondheid als basis;
- Gezamenlijk trainen en lijn- en domein overstijgend opleiden van professionals.

Op lokaal niveau:

- Opdracht om bestaande regiobeelden naast elkaar te leggen, met elkaar in verbinding te brengen;
- Handvatten voor betrekken van gemeenten bij zorgopgaven;
- Vertalen van de gezamenlijke opgave naar een aantal uitkomstparameters waarop voor een langere periode gestuurd, gemonitord en gerapporteerd wordt, zodat de effecten van regio-interventies inzichtelijk worden;
- Borgen van financiële ondersteuning van burgerinitiatieven (zoals dat in Duitsland plaatsvindt op niveau van het middenbestuur);
- Faciliteren van de benodigde cultuurverandering door organiseren van de dialoog over 'Waarom doe je wat je doet? Wie heeft welke rol/verantwoordelijkheid? Hoe werken we samen/spreken we elkaar aan? En hoe betrekken we burgers uit de regio?';
- Benutten van hulpmiddelen/handvatten in burgerparticipatie (zoals 'de Participatieladder') en specifiek aandacht voor het organiseren van de dialoog met burgers: hoe betrekken we burgers uit de regio?;
- Versterken van de organisatiegraad/professionaliteit van kleinere organisaties, ZZP'ers en burgers.

Bovengenoemde door respondenten aangedragen oplossingsrichtingen, zijn in bijlage 2 verwerkt in een tabel waarin duidelijk wordt bij welk thema en niveau (landelijk, regionaal, lokaal) de oplossingsrichtingen horen.

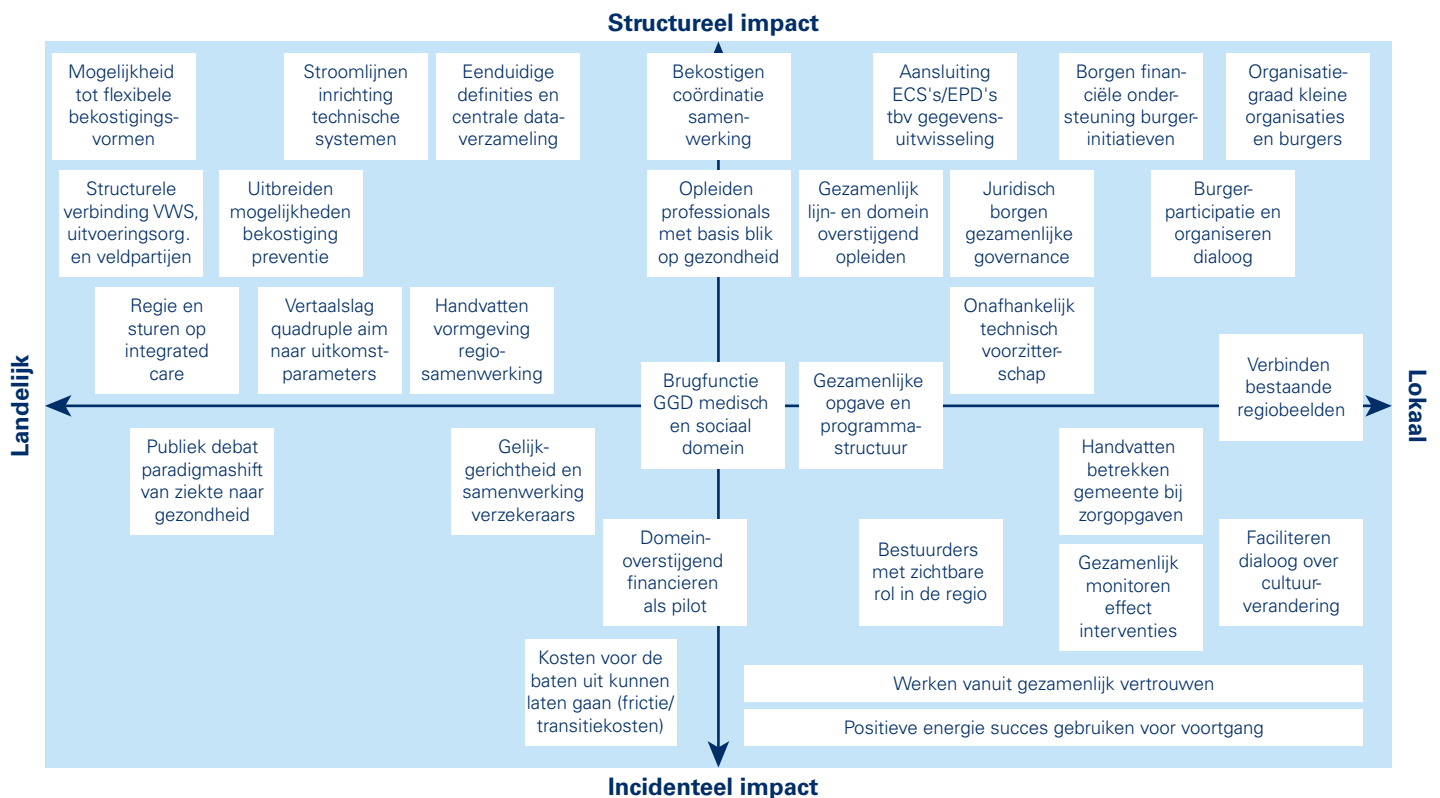
Voorbeelden van oplossingen die mogelijk opschaalbaar zijn, zijn de volgende:

- Betrokkenheid van een universiteit of onderzoeksinstituut, die met wetenschappelijk onderzoek bijdraagt aan (aanvullende) informatie over de regionale populatie en ontwikkelingen met betrekking tot gezondheidsgedrag, zorgaanbod en uitkomsten;
- Organisatie van het 1e lijns perspectief door bijvoorbeeld aanwijzen van één aanspreekpunt namens een huisartsengroep (regionaal) of benoemen van een wijkmanager (lokaal);
- Onafhankelijk voorzitterschap van regionale zorgtafels om stakeholdermanagement en procesbegeleiding in goede banen te leiden;
- Faciliteren en professioneel vertegenwoordigen van het burgerperspectief (bijvoorbeeld vanuit de provincie);
- Het wettelijk vastleggen van de verplichting tot participatie van burgers/cliënten/patiënten (bijvoorbeeld zoals in Duitsland per deelstaat);
- Het benutten van bestaande richtlijnen over burgerparticipatie met specifieke aandacht voor de mate van inspraak (bijvoorbeeld 'de Participatieladder');
- De kern van de gezamenlijke opgave in ieder regionaal project als toetsingscriterium beoordelen (bijvoorbeeld het toetsingscriterium 'zelfredzaamheid' moet in ieder nieuw, regionaal initiatief terugkomen alvorens ermee wordt gestart);
- Gepseudonimiseerd of op een hoger abstractieniveau koppelen van data.

5.2 Impact oplossingsrichtingen

De in hoofdstuk 5 beschreven oplossingsrichtingen zijn geanalyseerd middels een analysekader. Met op de assen of het gaat om oplossingsrichtingen met een incidenteel of structureel

karakter, evenals of het landelijk of een lokale schaal betreft. Onderstaande figuur schetst de gevonden oplossingsrichtingen langs deze assen, waarbij 'de regio' het kruispunt is.



Figuur 10. **Structurele versus incidentele en lokaal versus landelijke impact?**

7 Het impact framework biedt een handvat voor op welk niveau (landelijk, regionaal of lokaal) de door betrokken partijen aangedragen oplossingsrichtingen opgepakt kunnen worden. We pretenderen niet dat de indeling in het framework altijd 100% juist is, sommige positioneringen zijn wat arbitrair.

Het onderzoek leert dat er een brede wens leeft om op landelijk niveau een aantal kaders zo aan te passen dat domein overstijgend werken in de regio gefaciliteerd wordt. Een aantal oplossingsrichtingen ligt in de eigen invloedssfeer maar dan is vaak sprake van een incidentele c.q. tijdelijke oplossing.

De vertaalslag naar structureel anders samenwerken moet dan nog wel gemaakt worden. Daar hebben landelijke partijen een belangrijke (kader stellende) rol. Ook is er behoefte aan meer inzicht in wat er wel of niet kan/mag door betere verbinding met landelijke spelers en het kunnen leren van ervaringen in andere regio's.

Structurele oplossingen betreffen voornamelijk de informatie infrastructuur en bekostigingssystematiek. Oplossingen ten aanzien van governance kunnen volgens gesprekspartners in dit onderzoek structureel gemaakt worden door deze ook juridisch (beter) te verankeren.

5.3 Observaties met betrekking tot genoemde oplossingsrichtingen

- Nagenoeg alle respondenten en betrokkenen wijzen op het belang om de regio voldoende ruimte te bieden om oplossingen te realiseren binnen de specifieke context van de eigen regio. Landelijke partijen kunnen wel faciliteren, maar meer overheidssturing wordt niet door iedereen gewaardeerd. Heldere en meer op de toekomstgerichte (heldere definitie van domein overstijgende, meer op samenwerking gerichte) kaders helpen. Het koppelen van ontwikkelde regiobeelden, initiatieven en projecten is belangrijk.
- Formuleren van een gezamenlijke opgave in de regio. Formeel is dit onderdeel van het Regiobeeld, maar nog niet overal is al een gezamenlijke opgave geformuleerd. Door vroeg in het proces de gezamenlijke opgave te formuleren zorgt dit voor een ander, gelijkgericht gesprek, waarbij de opgave de basis is voor verbinding in de regio. Bij het oppakken van deze opgave zullen genoemde belemmeringen een rol spelen, maar die komen de partijen dan onderweg tegen (en zoeken naar oplossingen op het moment dat deze nodig zijn) en zitten niet op voorhand in de weg.
- Ten aanzien van samenwerking en governance worden oplossingen genoemd als het (mogelijk verplichtend) inrichten van een regionale zorgtafel als instrument voor gelijkgerichtheid, het organiseren van eigenaarschap/ mandaat in de samenwerking en het inzetten op bestuurlijke commitment.
- Op het gebied van bekostiging is één van de meest genoemde oplossingsrichtingen het geven van ruimte aan regionale partners om de financiering te ontschotten en het creëren van betaaltitels voor coördinatie in de regio.
- Wat betreft financiering is ook expliciet genoemd dat sommige professionals onbezoldigd aan tafel zitten, waar anderen hiervoor gefinancierd worden (dat helpt niet).
- Op het gebied van informatievoorziening en ICT geven partijen aan dat het helpt om op landelijk niveau te sturen op eenduidige definities en systeemeisen, zodat informatie beter gebundeld, gedeeld en gemonitord kan worden in de regio. Ook is een verbinding tussen landelijke monitoring en regionale verbinding daarmee vaak genoemd (weten wat je bijdraagt, helderheid of je in termen van uitkomstmaten boven of onder de benchmark presteert helpt de goede keuzen te maken).
- Essentieel is de rol en zelfredzaamheid van burgers te versterken, bijvoorbeeld ondersteund door publiekscampagnes en het faciliteren van het publieke debat in de regio.
- Het is belangrijk dat verder ingezet wordt op sturen op ervaren gezondheid, in plaats van het genezen van ziekte. Hiervoor is onder meer een andere manier van opleiden en bevragen van professionals nodig.
- Het vergroten van de organisatiegraad van de eerste lijn wordt als oplossingsrichting genoemd om samenwerkingsverbanden met meer slagkracht te krijgen.
- Door landelijke, branche en regiopartijen vaker en beter met elkaar te verbinden, wordt inzicht gecreëerd in ieders rol, verantwoordelijkheid en belangen en kan een breder gevoel van samen worden gecreëerd in het vormgeven van de complexe transformatie van zorg die nodig is om te komen tot een toekomstbestendig zorglandschap.

Bijlagen



Bijlage 1. Deskresearch

Documentstudie en online onderzoek

Met behulp van deskresearch zijn alle openbare bronnen en beschikbare relevante onderzoeksrapporten, presentaties en artikelen bestudeerd. Denk aan aangevraagde vouchers bij ZonMw, websites als regiobeeld.nl (RIVM), dejuistezorgopdejuisteplek.nl, regio-beeld.nl, websites en (jaar) rapportages van verzekeraars en branchepartijen en grotere zorgaanbieders (ziekenhuizen, eerste lijn, VVT- en GGZ-organisaties). Dit deelonderzoek is uitgevoerd in samenwerking met Social Mapping Company.

De volgende bronnen en query's zijn gebruikt:

BRON	AANPAK	RESULTAAT
Website ZonMw	Doorzoeken website, openbare informatie en persoonlijk contact met contactpersonen ZonMw.	Overzicht van projecten die een voucher voor regioimpuls of start impuls hebben ontvangen.
Vouchers ZonMw	Een data uitvraag bij ZonMw gedaan naar alle aanvragers van een voucher voor het opstellen van een regiobeeld (voucher titel; regio; organisatie hoofdaanvrager).	Overzicht van 96 initiatieven waar met een voucher aan een regiobeeld gewerkt wordt.
Websites veldpartijen (NVZ, Ineen, Actiz, FMS, LHV, PFN) en de acht grote zorgverzekeraars	Doorzoeken websites met zoektermen 'Juiste Zorg Juiste Plek', 'regiobeeld', 'JZOJP' en output beoordelen op relevantie (regionaal samenwerkingsinitiatief) aan de hand van het analysekader. Doorverwijzingen naar andere websites gevolgd.	Informatie (verwerkt per vraag uit het analysekader/vragenlijst), te ordenen per zorgkantoorregio.
Specifieke websites: regiobeeld.nl, juistezorgopdejuisteplek.nl	Doorgeklikt op praktijkvoorbeelden. Voorbeelden beoordeeld op relevantie (regionaal samenwerkingsinitiatief) en vervolgens analysekader toegepast.	Informatie (verwerkt per vraag uit het analysekader/vragenlijst), te ordenen per zorgkantoorregio.
Zorgvisie en Skipr	Doorzoeken websites met de zoektermen 'Juiste Zorg Juiste Plek', 'regiobeeld', 'JZOJP' en vervolgens de output beoordeeld op relevantie (regionaal initiatief), vervolgens analyse kader toegepast.	Informatie (verwerkt per vraag uit het analysekader/vragenlijst), te ordenen per zorgkantoorregio.
Webscrape met behulp van een gerichte query	Google webscrape op de query ("regiobeeld" OR "regiovisie" OR "regioimpuls" OR "juiste zorg op de juiste plek" OR "JZOJP") AND "zorg" AND ("Noord-Holland" OR "Noord Holland")	Voor één provincie (Noord-Holland) uitgevoerd om te kijken of dat nog aanvullende regionale informatie opleverde. Dit leverde geen nieuwe informatie op. Daarom deze werkwijze niet uitgevoerd voor de andere regio's.

Tabel 2. **Overzicht deskresearch.**

Met behulp van deskresearch zijn de interviews met de marktleiders van de zorgverzekeraars voorbereid, zodat tijdens deze interviews zo concreet mogelijk kon worden doorgevraagd.

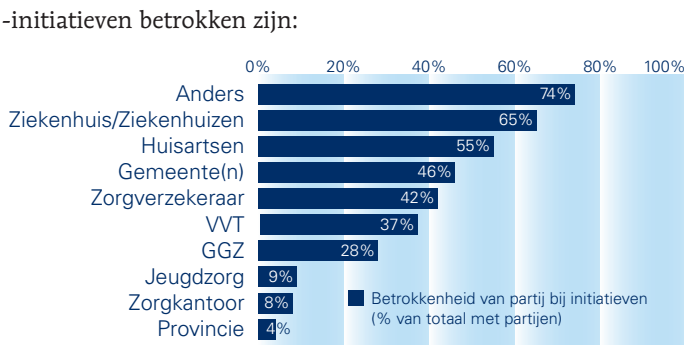
De opgehaalde inzichten uit het mediaonderzoek en de gevonden mate van verzadiging (geen nieuwe initiatieven gevonden) geven een indicatie van de volledigheid van het opgebouwde beeld.

Opbrengsten documentstudie en online onderzoek

Documentstudie en online onderzoek heeft een overzicht opgeleverd van 241 verwijzingen naar initiatieven die gericht zijn op, of gebaseerd lijken op een regiobeeld. In deze inventarisatie is gekeken naar de aanwezigheid van (een verwijzing naar) een 'feitelijk (kwantitatief) beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk'. Na ontdebellen bleek dat er in iedere zorgkantoorregio minimaal een regiobeeld gerealiseerd dan wel in ontwikkeling was. In totaal bleken er verdeeld over de 31 zorgkantoorregio's:

- 103 verwijzingen naar een regiobeeld in ontwikkeling
- 35 verwijzingen naar een bestaand regiobeeld

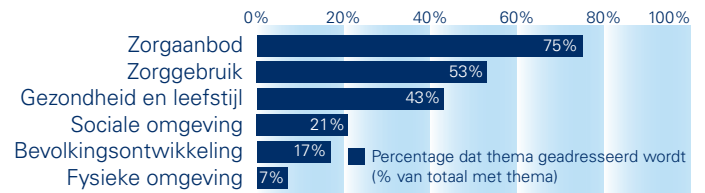
De bronnen in de documentstudie en het online onderzoek laten zien dat er verschillende partijen bij de regiobeelden en -initiatieven betrokken zijn:



Figuur 11. **Betrokken partijen, beeld uit (online) bronnenonderzoek.**

Bij de in deskresearch gevonden initiatieven vooral ziekenhuizen, huisartsen en gemeenten betrokken zijn. Jeugdzorg, zorgkantoor en provincie lijken minder betrokken. Onder 'anders' worden vooral genoemd: burgers/cliënten en de GGD. Ook worden hier eerstelijnsparitien genoemd (o.a. apotheek, fysiotherapeuten) en organisaties in de spoedzorg (zoals ambulance, ROAZ). Op basis van dit overzicht, hebben wij in overleg met de opdrachtgever het analysekader uitgebreid met een aantal in de regio mogelijk betrokken partijen.

Het RIVM heeft op regiobeeld.nl een aantal thema's onderscheiden, die inhoudelijk onderdeel kunnen zijn van het regiobeeld. Analyse van de gevonden bronnen uit deskresearch laat zien dat de regiobeelden vaak in elk geval een analyse van het zorgaanbod in de regio bevatten:



Figuur 12. **Geadresseerde thema's in de gevonden initiatieven.**

Uit deskresearch bleek tenslotte dat over (ervaren) knelpunten en oplossingsrichtingen niet of nauwelijks in het openbaar gepubliceerd wordt. Het online maatschappelijk debat richt zich op de praktische consequenties van de beweging naar juiste zorg op de juiste plek (zoals bijvoorbeeld het verdwijnen van de mogelijkheid om in eigen woonplaats in het ziekenhuis te bevallen) maar niet op de systeem- of organisatorische vragen die samenwerking in de regio voor de daarbij betrokken partijen met zich mee kan brengen.

Bijlage 2. Oplossingsrichtingen per thema en niveau

THEMA	LANDELIJK	REGIONAAL	LOKAAL
Doorzettings-macht / governance	<ul style="list-style-type: none"> • Meer regie en sturen op principes van integrated care (bijvoorbeeld in toetsing van uitvoeringsorganisaties bevestigd worden op domein overstijgend werken naast domein specifieke zaken); • Bieden van handvatten hoe regiosamenwerking vorm moet krijgen - hoewel one-size-fits-all voorkomen moet worden, helpen referentiepunten de regiopartijen aan tafel te komen of in beweging te brengen. Denk aan handvatten als welke partij- en logischerwijs welke thema's samen oppakken, wie per thema een logische eigenaar is, voorbeeld overlegstructuren, format voor een samenwerkingsagenda, contractafspraken, etc.; 	<ul style="list-style-type: none"> • Opdracht om gezamenlijk de opgave te formuleren, komen tot een heldere programmastructuur met periodieke afstemming en beleggen van eigenaarschap op een aantal (nader te bepalen) cruciale thema's; • Juridisch borgen van de gezamenlijke governance, zodat deze minder vrijblijvend wordt; • Beter benutten van de brugfunctie die de GGD (als regisseur van gezondheid) kan vervullen tussen het medisch en sociaal domein; • Inzetten op bestuurlijke commitment, waarbij het helpt als bestuurders zichtbaar hun rol in de regio pakken. • Zorgen voor (onafhankelijk) technisch voorzitterschap, bij elkaar brengen van culturen, taal en belangen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opdracht om bestaande regiobeelden naast elkaar te leggen, met elkaar in verbinding te brengen; • Handvatten voor betrekken van gemeenten bij zorgopgaven;
Informatie-voorziening/ ICT	<ul style="list-style-type: none"> • Versnellen van eenduidige definities en centrale, eventueel gepseudonimiseerde opslag van data, specifiek te vertalen naar de eigen regio (en mogelijkheid voor onderlinge benchmark/lering); • Meer regie en sturing op het stroomlijnen van de inrichting en mogelijkheden tot koppeling van ICT systemen/leveranciers en beteugelen van hoge kosten die in rekening worden gebracht bij kleine wijzigingen; • Vertaalslag van de domeinen van 'quadruple aim'⁸ naar een aantal gemakkelijk te hanteren uitkomstparameters, waaraan de regio's zich kunnen vasthouden (op welke onderdelen boven/onder de benchmark, handvat voor prioriteitstelling); 	<ul style="list-style-type: none"> • Stimuleren van gegevensuitwisseling in de regio door het aansluiten van ECS's/EPD's en het faciliteren van professionals om de juiste patiëntgegevens op de juiste plek op te slaan; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertalen van de gezamenlijke opgave naar een aantal uitkomstparameters waarop voor een langere periode gestuurd, gemonitord en gerapporteerd wordt, zodat de effecten van regio-interventies inzichtelijk worden;

8 Volgens de principes van Quadruple Aim worden interventies in de zorg beoordeeld op de volgende domeinen: het verbeteren van de populatiegezondheid, verbeteren van ervaren kwaliteit, het verlagen van zorgkosten en het verhogen van tevredenheid van zorgverleners. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals Family Medicine*. 2014;12(6):573-6.

THEMA	LANDELIJK	REGIONAAL	LOKAAL
Bekostiging ⁹ / Financiering ¹⁰	<p>Bekostiging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helderheid over de (wel/niet te verwachten) doorontwikkeling van nieuwe bekostigingsvormen en mogelijkheid tot flexibele bekostigingsvormen. Hierbij moet rekening worden gehouden met de verschillen tussen zorgvormen, zoals acute vs. planbare zorg en de mate waarin een 'traditionele' productiebekostiging ("p*q") nog passend is of waar meer domein overstijgende bekostiging (populatiebekostiging) passend is. • Uitbreiden mogelijkheden bekostiging voor inzet op preventie; 	<p>Bekostiging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelijkgerichtheid van financiers, samenwerking en commitment van alle verzekeraars; • Domein overstijgend financieren als pilot, met doorkijk naar lange termijn afspraak; • Van incidenteel naar structureel, onder andere door inrichten van learning communities (platforms waar initiatieven bij elkaar komen) en bekostigen (bijvoorbeeld door betaaltitels) van coördinatie en randvoorwaarden benodigd voor de regionale opgave en samenwerking <p>Financiering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosten (frictie en transitie) voor de baten uit kunnen laten gaan en programmakosten vergoeden; 	<p>Financiering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgen van financiële ondersteuning van burgerinitiatieven (vb. Duitsland¹¹)
Zelfredzaamheid burgers (/bijbehorende gedragsverandering)	<ul style="list-style-type: none"> • Versterken van het publieke debat over de paradigmashift van ziekte naar gezondheid en de vraag die dit stelt aan (betrokkenheid van) burgers bij transformatie van de zorg; 	<ul style="list-style-type: none"> • Anders opleiden van professionals, de blik op gezondheid als basis; 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliteren van de benodigde cultuurverandering door organiseren van de dialoog over 'Waarom doe je wat je doet? Wie heeft welke rol/verantwoordelijkheid? Hoe werken we samen/spreken we elkaar aan? En hoe betrekken we burgers uit de regio?';
Ruimte en tijd professionals		<ul style="list-style-type: none"> • Gezamenlijk trainen en lijn- en domein overstijgend opleiden van professionals. 	
Vertegenwoordiging/ organisatiegraad van burgers en kleinere of zelfstandige zorgprofessionals aan de regiotafels			<ul style="list-style-type: none"> • Versterken van de organisatiegraad/professionaliteit van kleinere organisaties, ZZP'ers en burgers; • Benutten van hulpmiddelen/handvatten in burgerparticipatie (zoals 'de Participatieladder') en specifiek aandacht voor het organiseren van de dialoog met burgers: hoe betrekken we burgers uit de regio?
Verbinding landelijke, branche en regiopartijen	<ul style="list-style-type: none"> • Verhelderen van inzicht in ieders rol en betrokkenheid van partijen in het zorgstelsel, uitleggen van de bedoeling achter wet- en regelgeving, het (digitaal) versterken van onderlinge verbindingen en dialoog tussen landelijke, regionale en lokale zorgspelers. 		

9 Bekostiging door middel van tarieven of prijzen zorgt voor de middelen waarmee de zorgaanbieder de kosten van de geleverde zorg dekt. De zorginkoper bekostigt de zorg door tarieven te betalen voor geleverde productie.

10 Financiering is het tijdelijk ter beschikking stellen van vermogen in ruil voor een vergoeding. Financiering is niet bedoeld voor het dekken van de gemaakte kosten voor het leveren van zorg, maar voor bijvoorbeeld investeringen in de gebouwen of ICT-structuur.

11 In sommige Bundesländer in Duitsland zijn regionale burgerraden actief die als gesprekspartner fungeren op specifieke thema's. Gedacht kan worden aan een vergelijkbare raad bestaand uit een burgervertegenwoordiging, gericht op gezondheid en zorg op.

Bijlage 3. Vragenlijst

Vragenlijst 'Stand van het land Regiobeelden'

In opdracht van het Ministerie van VWS werkt Berenschot aan het in beeld brengen van de stand van het land op het terrein van de Regiobeelden. Het doel is om zicht te krijgen in welke verbanden en met welke betrokkenen de Regiobeelden tot stand komen. Welke thematiek wordt meegenomen in de Regiobeelden, worden er mogelijke belemmeringen ervaren en welke oplossingsrichtingen komen in beeld?

Vriendelijk verzoek om de vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. Indien u een vraag echter niet kunt beantwoorden, dan is het mogelijk deze over te slaan. Uitzondering hierop zijn enkele vereiste vragen, aangegeven met een *.

Uw antwoorden op de vragen worden tussentijds niet opgeslagen. Door na de laatste vraag op de button 'Verzenden' te klikken worden de antwoorden pas met ons gedeeld.

Wij verwachten dat het invullen van de lijst circa 20 minuten in beslag neemt. Indien u vragen of problemen heeft met het beantwoorden van de vragen, neem dan gerust contact op met: Linda Blokzijl via L.Blokzijl@berenschot.nl

VRAGEN	ANTWOORDMOGELIJKHEDEN	
Gegevens invuller		
Naam organisatie	open veld	vereist
Naam contactpersoon	open veld	mogelijkheid om leeg te laten
Functie	open veld	mogelijkheid om leeg te laten
E-mailadres	open veld	mogelijkheid om leeg te laten
Telefoon	open veld	mogelijkheid om leeg te laten
Met het invullen van deze vragenlijst gaat u akkoord met het opslaan van uw gegevens	aanvinken	vereist
Mogen we contact met u opnemen voor aanvullende vragen?	Ja/Nee	vereist
Voor welke (sub)regio vult u deze vragenlijst in? (indeling zorgkantoren)	Antwoordopties: 31 zorgkantorregio's + 'Anders'	Subregio: ... (open veld, kan leeggelaten worden)
Vragen over Regiobeelden		

VRAGEN	ANTWOORDMOGELIJKHEDEN	
Is er een Regiobeeld?	Ja (Regiobeeld is gereed)	vereist
Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.	In ontwikkeling:	
	Startfase	
	Onderweg	
	In afronding	
	Nog niet	Naar einde vragenlijst
		Waar lopen jullie tegenaan? Wat zou helpen om verder te komen?
Welke regio-afbakening is gehanteerd?	Zorgkantoor	
	Historische Regio	
	Provincie	
	Acute Zorg Regio	
	Adherentiegebied zorgaanbieder	
	Gemeente(n)	
	Wijk	
	Anders, namelijk ...	Open veld
Welke partijen zijn betrokken?	Zorgkantoor	Vereist, Meerdere antwoorden mogelijk
	Zorgverzekeraars	
	Gemeente(n)	
	Provincie	
	Ziekenhuis/Ziekenhuizen	
	Huisartsen	
	Ouderen- en Thuiszorg	
	GGZ	
	Jeugdzorg	
	Paramedie	
	Wijkteam	
	Revalidatie	
	Patiënt/burgers	
GGD		
	Anders, namelijk ...	Open veld
Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Ja	
	Welke partijen zijn dit?	open veld
	Nee	
Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja/Nee	Zo ja, met welke gemeenten?
Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu of de toekomstige opgave?	Hier en nu (basis op orde)	
	Toekomstige opgave	
	Beide	
Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?	Bevolkingsontwikkeling	
Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening	Ja/Nee/Beperkt	
	Meerdere antwoorden mogelijk	
Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen	Sociale omgeving	
	Ja/Nee/Beperkt	
	Gezondheid en leefstijl	
Denk aan preventie	Ja/Nee/Beperkt	

VRAGEN	ANTWOORDMOGELIJKHEDEN	
	Fysieke omgeving	Ja/Nee/Beperkt
	Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja/Nee/Beperkt
	Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja/Nee/Beperkt
Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:	Ouderenzorg;	Ja/Nee/Beperkt
	GGZ;	Ja/Nee/Beperkt
	Acute zorg (incl. trauma en verloskunde)?	Ja/Nee/Beperkt
Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1.) gezamenlijke maatschappelijke opgaven én 2.) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Nee, nog niet	
	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	
	Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken	
Zo ja, formuleer kort de belangrijkste opgaven en gemaakte afspraken.	Open veld	
Zijn er knelpunten die het vertalen van het Regiobeeld naar de maatschappelijke opgaven en/of het maken van acties en afspraken belemmeren?	Ja/Nee/Beperkt	
Bij 'Ja' en 'Beperkt' vervolgvraag: Op welke onderwerpen hebben de knelpunten betrekking?	Ruimte en tijd van professionals	Licht zo concreet mogelijk toe (open veld)
	Zelfredzaamheid populatie	Licht zo concreet mogelijk toe (open veld)
Meerdere antwoorden mogelijk	Doorzettingsmacht/governance regio	Licht zo concreet mogelijk toe (open veld)
	Financiering	Licht zo concreet mogelijk toe (open veld)
	Informatievoorziening	Licht zo concreet mogelijk toe (open veld)
	Anders, namelijk ...	Licht zo concreet mogelijk toe (open veld)
Zijn in de regio oplossingen gevonden voor deze knelpunten?	Ja/Nee/Beperkt	
Zo ja/Beperkt, welke?	Open veld	
Welke aanvullende maatregelen zijn nodig?	Open veld	

Bijlage 4. Gesprekspartners/deelnemers in dit onderzoek¹²

MARKTLEIDER (/ CONCESSIEHOUDER)	ZORGKANTOORREGIO
DSW	Westland Schieland Delfland
CZ	Haaglanden
	West-Brabant
	Zeeland
	Zuid-Hollandse Eilanden
	Zuidoost Brabant
	Zuid Limburg
De Friesland	Friesland
Eno/Salland	Midden IJssel
Menzis	Arnhem
	Groningen
	Twente
VGZ	Midden-Brabant
	Midden Holland
	Nijmegen
	Noord Holland Noord
	Noordoost Brabant
	Noord- en midden Limburg
	Waardenland
Zilveren Kruis	Amsterdam
	Apeldoorn, Zutphen eo.
	Drenthe
	Flevoland
	't Gooi
	Kennemerland
	Rotterdam
	Utrecht
	Zaanstreek/Waterland
	Zwolle
Zorg en Zekerheid	Amstelland/Meerlanden
	Zuid-Holland Noord

Tabel 3. Marktleders zorgverzekeraars per zorgkantorregio.

GEMEENTE	AMBTELIJK AANSPREEK-PUNT/INGEVULD DOOR:
Gemeente Apeldoorn	Programmamanager zorgland-schap
Gemeente Arnhem	Sr. Bestuursadviseur
Gemeente Assen	Beleidsadviseur
Gemeente Almere, regio Flevoland	Programmamanager Sociaal Domein
Gemeente Heerenveen	Beleidsregisseur Sociaal Domein
Regiosecretaris HLZ/Wmo en werkagenda Menzis en Groninger gemeenten	Regiosecretaris
Gemeente Tilburg	Strategisch adviseur
Gemeente Alphen aan den Rijn	Beleidsmedewerker
Gemeente Gouda	Sr. beleidsadviseur
Gemeente Deventer	Programmamanager
Gemeente Nijmegen	Beleidsadviseur
Gemeente Druten en Wijchen	Beleidsadviseur Wmo
Gemeente Roermond	Beleidsmedewerker
Gemeente Hoorn	Beleidsadviseur
Regio Noord Oost Brabant	Strategisch adviseur
Gemeente Rotterdam/ GGD Rotterdam-Rijnmond	Regio adviseur gezondheid
Regio Twente/GGD Twente	Regiosecretaris integrale samenwerking in Twente
Gemeente Amersfoort	Senior beleidsadviseur
Gemeente Altena	Beleidsadviseur samenleving
CZW Bureau	Beleidsadviseur
Gemeente Nissewaard	Beleidsadviseur
Gemeente Sittard-Geleen	Strategisch beleidsadviseur
Gemeente Maastricht	Senior beleidsmedewerker publieke gezondheid
Gemeente Elburg/regio Noord-Veluwe en Zeewolde	Senior adviseur

Tabel 4. Gemeentelijke aanspreekpunten die hebben gereageerd op het vragenlijstonderzoek.

¹² De namen en functies van gesprekspartners zijn bij VWS en Berenschot bekend.

Validatie en verrijking 1e foto in gesprek met veldpartijen
 Welke aanbieders hebben hun ervaringen rond regiobeelden gedeeld?

Perspectief ziekenhuizen:

1. Alrijne
2. Antoniuszorggroep Sneek
3. Bravis
4. Deventer ziekenhuis
5. LLZ
6. UMC Utrecht
7. Viecuri
8. Zaans MC

Burgerperspectief:

1. Burgerkracht Limburg
2. ZZWW (Zorg Zoals de Westfries dat Wil)
3. Flevolandse patiëntenfederatie

Perspectief VVT:

1. Allertzorg
2. Cordaan
3. Evean
4. Omring
5. Kwadrant
6. Libertas
7. Surplus
8. Waalboog

Perspectief 1^e lijn:

1. Proscop
2. Raedelijk
3. Robuust
4. Zorgimpuls
5. ZonH

Perspectief Acute zorg:

1. ROAZ NN
2. ROAZ Midden NL

Perspectief GGZ:

1. GGZ Ingeest
2. GGZ Delfland
3. Dimence
4. Lentis
5. Vincent van Gogh



Tabel 5. **Gesprekspartners veldpartijen (perspectief ziekenhuizen, eerstelijns, GGZ, VVT, acute zorg en burgerperspectief).**

BIJ HLA'S BETROKKEN PARTIJEN

Mind	NVZ
NVVP	OVN
Valente	Tbureau
Patiëntenfederatie	LHV
Actiz	KNGF
ZN	NVLF
De Nederlandse GGZ	V&VN
Psynip	NVVP
Ineen	Pro persona
ZorghuisNL	Patiëntenfederatie
Ergotherapie	Topiq/ZKN
LHV	KNGF
Huidtherapie	VNG
ZN	

Tabel 6. **Gesprekspartners bij HLA's betrokken partijen.**

BUITENORGANISATIES VWS

ZonMW
ZIN
NZa
RIVM
ACM (niet VWS)
IGJ

Tabel 7. **Gesprekspartners betrokken buitenorganisaties.**

Bijlage 5. Totaaloverzicht gevalideerde vragenlijsten per zorgkantoorregio, zoals ingevuld door Marktleiders Zorgverzekeraars*

Zorgkantoorregio	Amstelland en De Meerlanden	Amstelland en De Meerlanden	Amsterdam	Apeldoorn / Zutphen	Arnhem
Welke subregio?	Amstelland	Haarlemmermeer			Achterhoek (Doetinchem/Winterswijk)
Naam Organisatie	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Menzis
1. Is er, vanuit het perspectief van de marktleder zorgkantoor, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakkoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	In ontwikkeling: in afronding	In ontwikkeling: onderweg	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgkantoor • Adherentiegebied zorgaanbieder 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgkantoor • Adherentiegebied zorgaanbieder 	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgkantoor • Historische Regio
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X	X	X	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X	X	X	X
- Gemeente(n)	X	X			X
- Provincie					
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen	X		X		X
- Huisartsen	X	X	X		X
- Ouderen- en Thuiszorg	X		X		X
- GGZ	X				X
- Jeugdzorg					
- Paramedie	X				
- Wijkteam					
- Revalidatie					
- Patiënt/burgers			X		X
- GGD					X
- Anders, namelijk ...	Alliantie ouderenzorg en welzijnsorganisaties	Bestuurlijke tafel (in ontwikkeling)			Gehandicaptenzorg
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Ja: Niet direct betrokken bij opstellen, wel beoordelen / vaststellen: Ziekenhuis, GGZ, VVT, welzijn.	Nee	Nee	Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: met 4 gemeenten (in ontwikkeling)	Ja: met 1 gemeente	Ja: met 1 gemeente	Ja: met 8 gemeenten	Ja: met 8 gemeenten
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide	Beide	Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, verzorging/ontgroening)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Beperkt	Nee	Ja	Ja	Beperkt
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Fysieke omgeving	Nee	Nee	Beperkt	Beperkt	Nee
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Nee	Ja	Ja	Beperkt
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Beperkt	Beperkt	Ja	Ja	Ja
- GGZ	Beperkt	Beperkt	Ja	Nee	Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Beperkt	Beperkt	Ja	Ja	Nee
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken	Nee, nog niet	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven
Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.			<ul style="list-style-type: none"> • Juiste zorg op de juiste plek / Stroomlijnen efficiënte tweedelijnszorg • Digitalisering zorg OLVG • Minima populatie • Psychiatrie 		<ul style="list-style-type: none"> • Vergrijzing met veel chronische ziekten • Huisartsentekort voorspeld • Ontgroening: daling aantal zorgverleners en mantelzorgpotentieel • Populatie weinig zelfredzaam (Zorg Mentality) • Organiseren van de governance om opgaven naar acties te vertalen

* Deze input is verkregen door het invullen van de vragenlijsten door contactpersonen van de marktleders zorgverzekeraars/zorgkantoren. De inhoud is gevalideerd.

Zorgkantorregio	Arnhem	Arnhem	Drenthe	Flevoland	Friesland
Welke subregio?		Gelderse Vallei		Flevoland en Noordwest Veluwe (Noordwest Veluwe als subregio van Zwolle)	
Naam Organisatie	Menzis	Menzis	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	De Friesland
1. Is er, vanuit het perspectief van de marktlieder zorgkantoor, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofddijkkoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidsituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	In ontwikkeling; onderweg
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor • Historische Regio	• Zorgkantoor	• Provincie • Adherentiegebied zorgaanbieder	• Zorgkantoor • Provincie
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X	X	X	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X	X	X	
- Gemeente(n)	X		X		X
- Provincie			X		X
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen	X	X	X		X
- Huisartsen		X	X		X
- Ouderen- en Thuiszorg			X		X
- GGZ	X		X		X
- Jeugdzorg					
- Paramedie					
- Wijkteam			X		
- Revalidatie					
- Patiënt/burgers	X	X	X		X
- GGD			X		X
- Anders, namelijk ...		Wageningen Universiteit, Food Valley, CHE, Alliantie Voeding.			ROS
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Nee	Nee	Ja: Maatschappelijke opgaven zijn geformuleerd binnen de Zorgtafel Flevoland	Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: met 1 gemeente, en afstemming aan de regiotafel Wmo met alle regiogemeenten	Ja: met 8 gemeenten van Preventie Coalitie, onderdeel van regiotafel Wmo/beschermde wonen, en afspraken rondom gemeentecollectiviteit	Ja: met 12 gemeenten	Ja: met 7 gemeenten Noordwest Veluwe en samenwerkingsagenda met Zorgtafel Flevoland	Ja: bedoeling om alle 18 Friese gemeenten te betrekken
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide	Beide	Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Beperkt	Beperkt	Ja	Ja	Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Fysieke omgeving	Nee	Nee	Beperkt	Beperkt	Nee
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Beperkt	Beperkt	Ja	Ja	Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- GGZ	Ja	Ja	Beperkt	Nee	Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, en 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Ja, zowel maatschappelijke opgaven en acties en afspraken	Ja, zowel maatschappelijke opgaven en acties en afspraken	Nee, nog niet
Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.	<ul style="list-style-type: none"> • Toenemende zorgvraag met meer chronische aandoeningen • Afnemend zorgaanbod door minder zorgverleners en (potentiele) mantelzorgers • De verbinding tussen zorgaanbieders en gemeenten • Het zorggebruik in de regio is relatief hoog • Wachtlijden / capaciteit in GGZ, MSZ en verpleeghuizen 	<ul style="list-style-type: none"> • Toename vergrijzing, en stijging van het aantal inwoners met dementie • Preventie/voeding 	<ul style="list-style-type: none"> • Herinrichten tweedelijnszorg • Herinrichting acute zorg en implicaties hiervan voor huisartsen, HAPs / eerste lijn, ambulances 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuïteit tweedelijns zorg, met name spoedzorg en geboortezorg • Vergrijzing 	

Zorgkantoorregio	Groningen	Haaglanden	Kennemerland	Midden-Brabant	Midden-Holland
Welke subregio?	(incl. kop van Drenthe)	Den Haag			
Naam Organisatie	Menzis	CZ	Zilveren Kruis	VGZ	VGZ
1. Is er, vanuit het perspectief van de marktleder zorgkantoor, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Zorgkantoor • Provincie	• Anders: stad	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X	X	X	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X	X	X	X
- Gemeente(n)	X	X		X	X
- Provincie	X	X			
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen	X	X	X	X	X
- Huisartsen	X	X	X	X	X
- Ouderen- en Thuiszorg	X	X	X	X	X
- GGZ		X		X	X
- Jeugdzorg		X			
- Paramedie					
- Wijkteam		X			
- Revalidatie		X		X	X
- Patiënt/burgers	X	X	X		
- GGD	X	X		X	X
- Anders, namelijk ...	Aletta Jacobs School of Public Health, Groninger Zorgakkoord, Kennisinstituten	Nza, kennisinstituten, welzijnsorganisaties		patienten(koepel)organisaties, eigen ledenraad	patienten(koepel)organisaties, eigen ledenraad
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: regionaal samenwerkingsagenda wordt vervolgens lokaal ingevuld	Ja: met 1 gemeente	Nee	Ja: met 2 gemeenten	Nee
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide	Beide	Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, verrijzing/ontgroening)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Fysieke omgeving	Nee	Nee	Beperkt	Nee	Nee
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Beperkt	Ja	Ja	Ja	Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- GGZ	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Nee, nog niet	Nee, nog niet
Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.	• Preventie • Beschikbaar houden van zorg • De zorg voor kwetsbare ouderen	• Ouderenzorg • Acute zorg	• Verbeteren spoedzorgketen • Informatieuitwisseling (ICT en netwerken) • Doorstroming en samenwerking in de keten		

Zorgkantoorregio	Midden-IJssel	Nijmegen	Nijmegen	Noord- en Midden Limburg	Noord Holland Noord
Welke subregio?		Rivierenland oa. Tiel			
Naam Organisatie	Eno	Menzis	VGZ	VGZ	VGZ
1. Is er, vanuit het perspectief van de marktleider zorgkantoor, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X		X	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X	X	X	X
- Gemeente(n)	X		X	X	X
- Provincie					
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen	X	X	X	X	X
- Huisartsen	X	X	X	X	X
- Ouderen- en Thuiszorg	X	X	X	X	X
- GGZ	X		X	X	X
- Jeugdzorg					
- Paramedie	X			X	
- Wijkteam					
- Revalidatie			X	X	X
- Patiënt/burgers	X	X			
- GGD			X	X	X
- Anders, namelijk ...			patienten(koepel)organisaties, eigen ledenraad	patienten(koepel)organisaties, eigen ledenraad	patienten(koepel)organisaties, eigen ledenraad
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Ja: nader te bepalen	Nee	Nee	Nee	Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: met 4 gemeenten	Nee	Ja: met 1 gemeente (en met de regio)	Ja: met 1 gemeente (en met de regio)	Nee
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide	Beide	Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Ja	Beperkt	Ja	Ja	Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Fysieke omgeving	Beperkt	Nee	Nee	Nee	Nee
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Beperkt	Ja	Ja	Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- GGZ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Nee, nog niet
Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderen • Preventie • Gepaste zorg • Technologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Toename vergrijzing, waarmee ook toename aandeel inwoners met dementie en andere chronische aandoeningen • Het zorggebruik is relatief hoog, met name ziekenhuiszorg • Moeilijk vervulbare vacatures, wat zich uit in afnemende toegankelijkheid van zorg, met name in de GGZ • Afname aandeel (potentiële) mantelzorgers 			

Zorgkantoorregio	Noord-Oost Brabant	Rotterdam	t Gooi	Twente	Utrecht
Welke subregio?					
Naam Organisatie	VGZ	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	Menzis	Zilveren Kruis
1. Is er, vanuit het perspectief van de marktleader zorgkantoor, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofddlijnakoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	Ja, regiobeeld is gereed	In ontwikkeling: onderweg	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	• Historische Regio • Anders: Adherentie gebied ziekenhuis gecombineerd met de veiligheidsregio	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X	X	X	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X	X	X	X
- Gemeente(n)	X		X	X	X
- Provincie					
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen	X		X	X	X
- Huisartsen	X		X	X	X
- Ouderen- en Thuiszorg	X		X	X	X
- GGZ	X			X	
- Jeugdzorg					
- Paramedie					
- Wijkteam					
- Revalidatie	X			X	
- Patiënt/burgers			X	X	X
- GGD	X			X	
- Anders, namelijk ...	patienten(koopel)organisaties, eigen ledenraad			Gehandicaptenzorg (bv. Avelijn), Ambulancezorg Oost, Twentse Apothekers Organisatie	
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Ja: moet nog in de regio besproken worden	Nee	Nee	Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: met 1 gemeente	Ja	Nee	Ja: met de 14 Twentse gemeenten en de GGD	Ja: met 3 gemeenten, en omliggende kleine gemeenten
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide	Beide	Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, verrijzing/ontgroening)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Ja	Ja	Ja	Beperkt	Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Beperkt	Ja	Ja	Ja
- Fysieke omgeving	Nee	Beperkt	Beperkt	Nee	Beperkt
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Ja	Ja	Beperkt	Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- GGZ	Ja	Nee	Beperkt	Ja	Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken
Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.			<ul style="list-style-type: none"> • Efficiëntere omgang met ziekenhuis in verband met nieuwbouwplannen van Tergooi naar kleiner ziekenhuis • E health / digitalisering / Zorg buiten ziekenhuis • Verrijzing 	<ul style="list-style-type: none"> • Verrijzing van de bevolking, en toename inwoners met dementie • Groei chronische ziekten, met name artrose en hart- en vaatziekten • Ongezonde leefstijl van de populatie met relatief veel overgewicht • Relatief veel zorggebruik (Wmo, Wlz) • Afname zorgaanbod door (dreigend) tekort aan zorgverleners 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg in wijktrajecten • Ontwikkeling van platform ouderen

Zorgkantoorregio	Utrecht	Waardenland	West Brabant	Westland Schieland Delfland	Zaanstreek / Waterland
Welke subregio?	Eemland				
Naam Organisatie	Zilveren Kruis	VGZ	CZ	DSW	Zilveren Kruis
1. Is er, vanuit het perspectief van de marktlieder zorgkantoor, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofddijkkoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	In ontwikkeling: in afronding	In ontwikkeling: onderweg	Ja, regiobeeld is gereed
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor • Acute Zorg Regio • Gemeente(n) • Wijk	• Zorgkantoor
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X	X	X	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X	X	X	X
- Gemeente(n)		X		X	X
- Provincie					
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen	X	X		X	X
- Huisartsen	X	X		X	X
- Ouderen- en Thuiszorg	X	X		X	X
- GGZ		X		X	
- Jeugdzorg				X	
- Paramedie				X	
- Wijkteam				X	
- Revalidatie		X		X	
- Patiënt/burgers	X			X	X
- GGD		X		X	
- Anders, namelijk ...		patienten(koepel)organisaties, eigen ledenraad			welzijnsaanbieders
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Nee	Ja: Bestuurlijke tafel wordt vormgegeven, partijen benaderd: gemeenten, ziekenhuizen, huisartsen, VVT, GGZ	Nee	Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: met 1 gemeente (in wording)	Ja: met 1 gemeente	Nee	Ja: met 8 gemeenten, en convenant gesloten met 7 gemeenten	Ja: met 1 gemeente
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide	Beide	Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Fysieke omgeving	Beperkt	Nee	Nee	Ja	Beperkt
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- GGZ	Beperkt	Ja	Ja	Ja	Beperkt
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven
Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.				<ul style="list-style-type: none"> • Voldoende en kwalitatief goede zorg en ondersteuning, goede spreiding van en gevarieerd aanbod • Doelmatige inzet van mensen en middelen • Burgers geen hinder van schotten in stelsel • Goede communicatie, waar mogelijk een-loket-gedachte • Vroegsignalering • Inzet technologie en innovatie • Korte doorlooptijden / passende zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderenzorg • Doorstroming in de keten • Spoedzorg

Zorgkantoorregio	Zeeland	Zuid Holland Noord	Zuid Hollandse Eilanden	Zuid Oost Brabant	Zuid-Limburg
Welke subregio?			Goeree-Overflakkee, Hoekse Waard en Voorne Putten		Mijnstreek
Naam Organisatie	CZ	Zorg en Zekerheid	CZ	CZ	CZ
1. Is er, vanuit het perspectief van de marktlieder zorgkantoor, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdpijnlakkoord: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	Nog niet; er zijn al regiobeelden van subregio's (gemeenten), maar voor regiobeeld is er (nog) geen bestuurlijke tafel	Ja, regiobeeld is gereed
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Provincie	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor		• Historische Regio
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X	X	X		X
- Zorgverzekeraars	X	X	X		X
- Gemeente(n)	X		X		X
- Provincie	X				X
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen	X	X	X		X
- Huisartsen	X	X	X		X
- Ouderen- en Thuiszorg	X	X	X		X
- GGZ	X	X	X		X
- Jeugdzorg	X		X		
- Paramedie			X		
- Wijkteam					
- Revalidatie	X	X			X
- Patiënt/burgers					X
- GGD	X	X	X		X
- Anders, namelijk ...	Nza	Reos	ondernemers (o.a. bank, architect, accountant, advocaat)		Universiteit, onderzoeksbureau, apothekers, ROS
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Ja: Gemeenten, overige eerstelijnsaanbieders, vertegenwoordigers van burgers	Nee		Ja: tandartsen
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Nee	Ja: met 3 gemeenten, en met 1 in wording	Nee		Ja: met de 16 Zuid-Limburgse gemeenten, en 2 preventiecoalities
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide		Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, verrijzing/ontgroening)	Ja	Ja	Ja		Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Ja	Beperkt	Ja		Beperkt
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja	Ja		Ja
- Fysieke omgeving	Nee	Nee	Nee		Nee
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja		Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Ja	Ja		Beperkt
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Beperkt	Ja		Ja
- GGZ	Ja	Beperkt	Ja		Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Ja	Beperkt	Ja		Beperkt
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven	Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken	Nee, nog niet		Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken
Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.	<ul style="list-style-type: none"> • Acute integrale keten • Digitalisering • Toekomstbestendige huisarts • Arbeidspotentieel (werving) 	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt gewerkt aan programmaplan vanuit een gezamenlijke duiding met acties op spoedzorg, preventie (thuis) en vroegsignalering • Leiden heeft al een programma: vraagt om herijking thema 65+ 			<ul style="list-style-type: none"> • Afspraak gezondheidsniveau in 2030 conform gemiddelde Nederland • Verkleinen gezondheidsverschillen • Normaliseren zorggebruik naar passend niveau voor populatie

Zorgkantoorregio	Zwolle	Zwolle
Welke subregio?	Subregio van de zorgkantoorregio Zwolle	Vechtdal
Naam Organisatie	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis
1. Is er, vanuit het perspectief van de marktleder zorgkantoor, een regiobeeld? <i>Definitie: Regiobeeld conform Hoofdlijnakkoord: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	<ul style="list-style-type: none"> • Adherentiegebied zorgaanbieder • Gemeente(n) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgkantoor • Provincie • Adherentiegebied zorgaanbieder • Gemeente(n) • Anders: O&I regio's (huisartsen)
3. Welke partijen zijn betrokken?		
- Zorgkantoor	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X
- Gemeente(n)		
- Provincie		
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen		X
- Huisartsen		X
- Ouderen- en Thuiszorg		X
- GGZ		
- Jeugdzorg		
- Paramedie		
- Wijkteam		
- Revalidatie		
- Patiënt/burgers		X
- GGD		
- Anders, namelijk ...		
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: met 1 gemeente	Nee
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?		
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening)	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Ja	Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja
- Fysieke omgeving	Beperkt	Beperkt
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:		
- Ouderenzorg	Ja	Ja
- GGZ	Nee	Beperkt
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Ja	Ja
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt?	Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken	Nee, nog niet
Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.	<ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid zorg rurale gebieden • E-health: gebruik van technische ontwikkeling ziekenhuiszorg kan stroomlijnen • Programma Connected care: zorg dichterbij thuis • Doorontwikkeling samenwerking zorgaanbieders om transitie van zorg duurzaam gezamenlijk vorm te geven 	

Bijlage 6. Totaaloverzicht vragenlijsten per zorgkantoorregio, zoals ingevuld door gemeenten*

Zorgkantoorregio	Amstelland en De Meerlanden	Amsterdam	Apeldoorn / Zutphen	Arnhem	Drenthe
Welke subregio?					
Naam Organisatie			Gemeente Apeldoorn	Gemeente Arnhem	Gemeente Assen
1. Is er, vanuit het perspectief van de gemeente, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hooflijnakoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>			In ontwikkeling: onderweg	Ja, regiobeeld is gereed	In ontwikkeling: startfase
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?			• Historische regio	• Zorgkantoor	• Provincie
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor			X	X	X
- Zorgverzekeraars			X	X	X
- Gemeente(n)			X		X
- Provincie					X
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen				X	
- Huisartsen				X	X
- Ouderen- en Thuiszorg				X	X
- GGZ			X	X	X
- Jeugdzorg				X	X
- Paramedie					
- Wijkteam					
- Revalidatie					X
- Patiënt/burgers					X
- GGD					X
- Anders, namelijk ...					Welzijn
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?			Ja: GGZ-partners via de Ernstige Psychiatrische Aandoeningen(EPA)-taskforce	Ja: Gemeente (daar is het regiobeeld wel mee kortgesloten)	Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?			Ja: met 8 gemeenten	Ja: met 1 gemeente, en regionale samenwerking via regiotafels	Ja: met 12 gemeenten in Drenthe
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?			Beide	Beide	Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening)			Beperkt	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)			Ja	Ja	Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)			Nee	Ja	Ja
- Fysieke omgeving			Berperkt	Nee	Ja
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag			Ja	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod			Nee	Ja	Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg			Nee	Ja	Ja
- GGZ			Ja	Ja	Berperkt
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)			Nee	Ja	Nee
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt? Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.			Nee, nog niet	Nee, nog niet	Nee, nog niet

* Deze input is verkregen door het invullen van de vragenlijsten door gemeentelijke aanspreekpunten. De inhoud is niet gevalideerd.

Zorgkantoorregio	Flevoland	Friesland	Groningen	Haaglanden	Kennemerland
Welke subregio?					
Naam Organisatie	Gemeente Almere	Gemeente Heerenveen	Gemeente Groningen		
1. Is er, vanuit het perspectief van de gemeente, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakkorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	In ontwikkeling: startfase	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed		
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Provincie	• Provincie	• Zorgkantoor • Provincie		
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor			X		
- Zorgverzekeraars	X	X	X		
- Gemeente(n)	X	X	X		
- Provincie	X		X		
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen			X		
- Huisartsen		X	X		
- Ouderen- en Thuiszorg					
- GGZ					
- Jeugdzorg					
- Paramedie					
- Wijkteam					
- Revalidatie					
- Patiënt/burgers			X		
- GGD			X		
- Anders, namelijk ...		Zorgaanbieders, Patientenorganisaties	Universiteit, Hanzehogeschool, ROC's, Aletta Jacobs School of Public Health		
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Ja: meerdere samenwerkingsprogramma's binnen Friesland	Ja: Vereniging Groninger Dorpen, Healthy Ageing Network Noord-Nederland, Akkoord van Groningen, Vereniging Groninger Gemeenten		
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: regionale samenwerkingsagenda tussen 5 gemeenten, en 1 gemeente doet mee op het onderwerp GGZ	Ja: binnen programma Sociaal en Medische eerste lijn werken de 18 Friese gemeenten en zorgverzekeraar De Friesland al meerdere jaren samen.	Ja: met alle 12 gemeenten in de provincie Groningen		
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide		
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening)	Ja	Ja	Ja		
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Beperkt	Ja	Ja		
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja	Ja		
- Fysieke omgeving	Nee	Beperkt	Beperkt		
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja		
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Ja	Ja		
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Ja	Ja		
- GGZ	Ja	Ja	Ja		
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Ja	Ja	Ja		
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, en 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt? Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven • Samen voor meer gezonde jaren voor de Groningers: - verschuiving middelen van curatieve zorg naar preventie - aandacht voor leefstijl - aanpak oorzaken slechte gezondheid: schulden, armoede, zorgen voor een kansrijke start. • Verschuiving naar e-health, PGO. • Ombuigen van groeiende zorgvraag ivm schaarse personeel.		

Zorgkantorregio	Midden-Brabant	Midden-Holland	Midden-Holland	Midden-IJssel	Nijmegen
Welke subregio?		Gemeente Alphen aan den Rijn			
Naam Organisatie	Gemeente Tilburg	Gemeente Alphen aan den Rijn	Gemeente Gouda	Gemeente Deventer	Gemeente Nijmegen
1. Is er, vanuit het perspectief van de gemeente, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakkoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	In ontwikkeling: onderweg	In ontwikkeling: in afronding	In ontwikkeling: onderweg	Ja, regiobeeld is gereed	In ontwikkeling: in afronding
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Zorgkantoor	• Gemeente(n) • Wijk	• Historische Regio	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X		X	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X	X	X	X
- Gemeente(n)	X	X	X	X	X
- Provincie					
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen			X	X	
- Huisartsen	X	X	X	X	X
- Ouderen- en Thuiszorg	X		X	X	
- GGZ	X	X	X	X	X
- Jeugdzorg	X	X	X		
- Paramedie			X		
- Wijkteam	X	X	X		
- Revalidatie			X		
- Patiënt/burgers	X		X		
- GGD	X	X	X		
- Anders, namelijk ...		Kennisnetwerk VVT, Coöperatie Welzijn, Thuiszorg			
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Ja: bij GGZ bijvoorbeeld ook woningbouwcorporaties en bij Preventie Jeugd ook onder andere Welzijnswerk	Nee	Nee	Nee	Ja: Thuiszorgorganisaties
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: VGZ met 9 gemeenten, CZ met 1 gemeente	Ja: met 2 gemeenten	Ja: gemeenten in Midden-Holland	Nee	Nee
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Toekomstige opgave	Toekomstige opgave	Toekomstige opgave
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening)	Beperkt	Ja	Ja	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Beperkt	Ja	Beperkt	Ja	Beperkt
- Gezondheid en Leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Beperkt	Ja	Ja	Beperkt
- Fysieke omgeving		Nee	Beperkt	Beperkt	Beperkt
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Beperkt	Ja	Ja	Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Nee	Ja	Beperkt	Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- GGZ	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Ja	Nee	Beperkt	Ja	Nee
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, en 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt? Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Ja, zowel maatschappelijke opgaven én acties en afspraken • GGZ • Ouderen • Preventie	Nee, nog niet	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven Niet toegelicht, want dit is nog niet bestuurlijk vastgesteld

Zorgkantorregio	Nijmegen	Noord- en Midden Limburg	Noord Holland Noord	Noord-Oost Brabant	Rotterdam
Welke subregio?		Midden-Limburg			Rotterdam, Krimpen, Capelle
Naam Organisatie	Gemeente Druten en Wijchen	Gemeente Roermond	Gemeente Hoorn	Regio Noord Oost Brabant	Gemeente Rotterdam / GGD Rotterdam-Rijnmond
1. Is er, vanuit het perspectief van de gemeente, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakkoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>	Ja, regiobeeld is gereed	Ja, regiobeeld is gereed	In ontwikkeling: onderweg	In ontwikkeling: onderweg	Ja, regiobeeld is gereed
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?	• Zorgkantoor • Historische Regio	• Gemeente(n)	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor	• Zorgkantoor
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor	X	X	X	X	X
- Zorgverzekeraars	X	X	X	X	X
- Gemeente(n)	X	X	X	X	X
- Provincie					
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen					
- Huisartsen					
- Ouderen- en Thuiszorg					
- GGZ					
- Jeugdzorg					
- Paramedie					
- Wijkteam					
- Revalidatie					
- Patiënt/burgers					
- GGD					X
- Anders, namelijk ...					
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?	Nee	Nee	Ja: Zorgaanbieders, cliënten of cliëntvertegenwoordigers, eerstelijns (huisartsen)	Ja: bij zowel regiobeeld als maatschappelijke opgave worden nog partijen betrokken, zoals aanbieders welzijnswerk, GGZ en ziekenhuizen.	Ja: Uitvoeringsorganisaties t.a.v. GGZ en ouderen
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?	Ja: met 7 gemeenten	Nee	Nee	Nee	Ja: tussen zorgverzekeraar en 1 gemeente. De andere gemeenten zijn wel in gesprek met de zorgverzekeraar.
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?	Beide	Beide	Beide	Beide	Hier en nu (basis op orde)
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, verrijzing/ontgroening)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)	Ja	Nee	Beperkt	Beperkt	Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)	Ja	Ja	Ja	Ja	Beperkt
- Fysieke omgeving	Beperkt	Nee	Nee	Nee	Nee
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag	Ja	Ja	Ja	Beperkt	Beperkt
- Ontwikkeling Zorgaanbod	Ja	Beperkt	Ja	Beperkt	Beperkt
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- GGZ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt? Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.	Ja, alleen vertaling naar gezamenlijke maatschappelijke opgaven • Wijkgerichte GGZ (ambulantisering, JZJP) • Sluitende aanpak (aansluiting medisch domein - zorg) • Ervaringsdeskundigheid • Samenwerking lokaal en regionaal	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Nee, nog niet	Nee, nog niet

Zorgkantoorregio	t Gooi	Twente	Utrecht	Waardenland	West Brabant
Welke subregio?			Utrecht/Eemland		
Naam Organisatie		Regio Twente / GGD Twente	Gemeente Amersfoort		Gemeente Altena
1. Is er, vanuit het perspectief van de gemeente, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakkoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>		Ja, regiobeeld is gereed	Nog niet, want intensivering van contacten met zorgverzekeraar / zorgkantoor op regionale schaal is pas gestart vanaf 2019		In ontwikkeling: onderweg
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?		<ul style="list-style-type: none"> • Zorgkantoor • Historische Regio • Acute Zorg Regio • Gemeente(n) 			• Zorgkantoor
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor		X			
- Zorgverzekeraars		X			X
- Gemeente(n)		X			X
- Provincie					
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen		X			X
- Huisartsen		X			
- Ouderen- en Thuiszorg		X			X
- GGZ		X			X
- Jeugdzorg		X			
- Paramedie		X			
- Wijkteam		X			
- Revalidatie		X			
- Patiënt/burgers		X			
- GGD		X			
- Anders, namelijk ...					Zorgbelang Brabant
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?		Nee			Nee
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?		Ja: met alle 14 Twentse gemeenten			Ja: met alle gemeenten in West-Brabant. Deze wordt naar aanleiding van het regiobeeld 2.0 opgesteld.
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?		Beide			Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, verzorging/ontgroening)		Ja			Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)		Ja			Beperkt
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)		Ja			Ja
- Fysieke omgeving		Beperkt			Beperkt
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag		Ja			Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod		Ja			Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg		Ja			Ja
- GGZ		Ja			Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)		Beperkt			Ja
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, en 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt? Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.		Ja, zowel maatschappelijke opgaven en acties en afspraken	<ul style="list-style-type: none"> • Meerjaren integrale samenwerkingsagenda in Twente vastgesteld door alle partijen bestaande uit verschillende themalijnen en totaal 27 projecten 		Nee, nog niet

Zorgkantorregio	Westland Schieland Delfland	Zaanstreek / Waterland	Zeeland	Zuid Holland Noord	Zuid Hollandse Eilanden
Welke subregio?					
Naam Organisatie			CZW Bureau		Gemeente Nissewaard
1. Is er, vanuit het perspectief van de gemeente, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofdlijnakkoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>			Ja, regiobeeld is gereed		In ontwikkeling: onderweg
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?			+ Provincie		+ Zorgkantoor
3. Welke partijen zijn betrokken?					
- Zorgkantoor					X
- Zorgverzekeraars			X		X
- Gemeente(n)			X		
- Provincie					
- Ziekenhuis/Ziekenhuizen			X		
- Huisartsen			X		
- Ouderen- en Thuiszorg			X		
- GGZ			X		
- Jeugdzorg					
- Paramedie					
- Wijkteam					
- Revalidatie					
- Patiënt/burgers					
- GGD			X		
- Anders, namelijk ...					
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?			Nee		Ja: gemeente(n) en zorgaanbieders
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?			Ja: de dertien Zeeuwse gemeenten		Ja: met gemeenten zorgkantoorregio Zuid Hollandse Eilanden
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?			Beide		Beide
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren?					
- Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, verrijzing/ontgroeining)			Ja		Ja
- Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen)			Beperkt		Ja
- Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie)			Ja		Ja
- Fysieke omgeving			Ja		
- Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag			Ja		Ja
- Ontwikkeling Zorgaanbod			Ja		Ja
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan:					
- Ouderenzorg			Ja		Ja
- GGZ			Ja		Ja
- Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)			Ja		Ja
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt? Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.			Nee, nog niet		Nee, nog niet

Zorgkantorregio	Zuid Oost Brabant	Zuid-Limburg	Zuid-Limburg	Zwolle	Zwolle / Flevoland
Welke subregio?		Westelijke Mijnstreek			Noord-Veluwe en (deels) Zeewolde
Naam Organisatie		Gemeente Sittard-Geleen	Gemeente Maastricht		Gemeente Elburg / Regio Noord-Veluwe en Zeewolde
1. Is er, vanuit het perspectief van de gemeente, een regiobeeld? <i>Definitie Regiobeeld conform Hoofddijnakkoorden: een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.</i>		Nog niet: • Combinatie van een beeld bij gebruik sociaal domein (door gemeente) en data van de GGD en Zvw gegevens van de zorgverzekeraar leiden tot globaal regiobeeld. Dat blijkt voldoende om tot een gezamenlijke aanpak en projecten te komen.	Nog niet: • Meerdere zorgkantoren per subregio in de regio Zuid-Limburg met verschillend beleid t.a.v. samenwerking met gemeente. • Naast regio Zuid-Limburg is ook de subregio westelijke mijnstreek (onderdeel Zuid-Limburg) aangemeld wat onduidelijkheid schept.		Nog niet: • Regiobeeld GGZ is na de zomer klaar • In 2019 is een samenwerkingsagenda met Zilveren Kruis opgesteld, daar zijn we mee aan de slag. • In de regio werken we al met aanbieders samen rondom ouderen, GGZ en Jeugd onder de vlag van GezondVeluwe. Zilveren Kruis gaat zich bij deze samenwerking aansluiten.
2. Welke regio-afbakening is gehanteerd?					
3. Welke partijen zijn betrokken? - Zorgkantoor - Zorgverzekeraars - Gemeente(n) - Provincie - Ziekenhuis/Ziekenhuizen - Huisartsen - Ouderen- en Thuiszorg - GGZ - Jeugdzorg - Paramedie - Wijkteam - Revalidatie - Patiënt/burgers - GGD - Anders, namelijk ...					
4. Zijn er partijen die niet zijn betrokken bij het opstellen van het Regiobeeld, maar wel bij het formuleren van de maatschappelijke opgaven en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken?					
5. Is er een samenwerkingsagenda met gemeenten?					
6. Is het Regiobeeld vooral gericht op het hier en nu, de toekomstige opgave of beide?					
7. Welke van de volgende thema's (conform RIVM-indeling) komen in uw Regiobeeld naar voren? - Bevolkingsontwikkeling (Denk aan onderwerpen als demografie, prevalentie, vergrijzing/ontgroening) - Sociale omgeving (Denk aan onderwerpen als het gemiddeld inkomen, arbeidsparticipatie en woonvoorzieningen) - Gezondheid en leefstijl (Denk aan preventie) - Fysieke omgeving - Ontwikkeling Zorggebruik/Zorgvraag - Ontwikkeling Zorgaanbod					
8. Wordt er in het Regiobeeld specifiek aandacht besteed aan: - Ouderenzorg - GGZ - Acute Zorg (incl. trauma en verloskunde)					
9. Is het feitelijke Regiobeeld vertaald naar 1) gezamenlijke maatschappelijke opgaven, én 2) zijn hier gezamenlijke acties en afspraken over gemaakt? Formuleer kort de geformuleerde opgaven en gemaakte afspraken.					



Berenschot

Berenschot is een onafhankelijk organisatieadviesbureau met 350 medewerkers wereldwijd. Al 80 jaar verrassen wij onze opdrachtgevers in de publieke sector en het bedrijfsleven met slimme en nieuwe inzichten. We verwerven ze en maken ze toepasbaar. Dit door innovatie te koppelen aan creativiteit. Steeds opnieuw. Klanten kiezen voor Berenschot omdat onze adviezen hen op een voorsprong zetten.

Ons bureau zit vol inspirerende en eigenwijze individuen die allen dezelfde passie delen: organiseren. Ingewikkelde vraagstukken omzetten in werkbare constructies. Door ons brede werkterrein en onze brede expertise kunnen opdrachtgevers ons inschakelen voor uiteenlopende opdrachten. En zijn we in staat om met multidisciplinaire teams alle aspecten van een vraagstuk aan te pakken.

Berenschot Groep B.V.

Europalaan 40, 3526 KS Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl

[in /berenschot](https://www.linkedin.com/company/berenschot)