

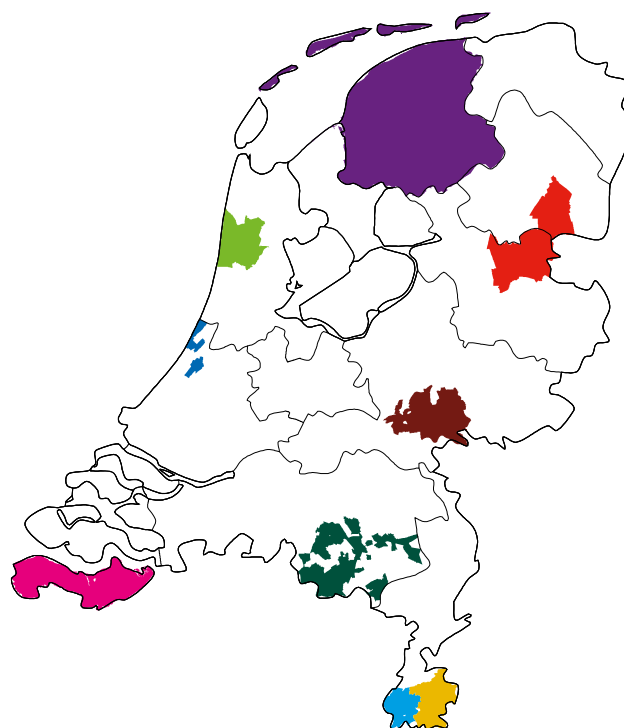


Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Proeftuinen populatiegerichte aanpak: nu en in de toekomst

Tussenrapportage Landelijke Monitor
Proeftuinen

In Nederland wordt in toenemende mate door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en burgers samengewerkt om een betere gezondheid, kwaliteit van zorg, en beheersing van de kosten voor een populatie te bewerkstelligen (de zogeheten Triple Aim). Hiervoor zijn de afgelopen jaren in verschillende regio's samenwerkingsverbanden opgezet waarmee diverse activiteiten en interventies zijn ontplooid. In 2013 zijn door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), op voordracht van de zorgverzekeraars, negen van dit soort regionale samenwerkingsverbanden aangewezen als proeftuin 'betere zorg met minder kosten'. De ontwikkelingen en ervaringen van deze proeftuinen worden door het RIVM in kaart gebracht met de Landelijke Monitor Proeftuinen (LMP).



Geografische ligging van de 9 proeftuinen.

Deze factsheet geeft een tussenrapportage van de Landelijke Monitor Proeftuinen aan de hand van drie thema's:

1. De organisatie en activiteiten van de proeftuinen vanaf 2013 tot 2017.
2. De inzet van en ervaringen met de financiering en bekostiging.
3. De toekomstverwachtingen over het proces naar en verbetering van de Triple Aim.

De rapportage is gebaseerd op interviews met bestuurders en managers van eerste- en tweedelijnszorgorganisaties, gemeenten, verzekeraars, Zorgbelang, en andere betrokkenen bij de proeftuin in de periode van 2013 en 2017.

In tekstbox 1 is beschreven welke methoden zijn gebruikt bij dit onderzoek, in tekstbox 2 worden de belangrijkste begrippen beschreven die in het onderzoek zijn gebruikt. Quotes zijn toegevoegd om de resultaten te illustreren met beelden en ervaringen zoals verwoord door de geïnterviewden (I).

1. De organisatie en activiteiten van de proeftuinen vanaf 2013 tot 2017

Proeftuinen zijn adaptieve netwerken

De proeftuinen zijn regionale netwerken die in 2013 voornamelijk werden gevormd rondom zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van (potentiële) zorgvragers. Deze netwerken zijn in de meeste regio's geleidelijk aan uitgebreid met partijen uit het sociale domein, zoals gemeenten en welzijnsorganisaties. Zo verkent de proeftuin *Gezonde Zorg, Gezonde Regio* (GZGR) op welke wijze ze kunnen samenwerken met de gemeente, wordt binnen de proeftuin *Blauwe Zorg* een gezamenlijk wijkinitiatief geïntroduceerd door de gemeente, zorgaanbieders en zorgverzekeraar en implementeert de proeftuin *MijnZorg* een aantal interventies voor kwetsbare ouderen samen met gemeenten en welzijnsorganisaties. In *Vitaal Vechtdal* zijn ook werkgevers en scholen aangesloten.

Binnen de proeftuinen worden door de tijd heen verschillende structuren ingezet om sturing te geven aan de realisatie van de Triple Aim. In 2013 hadden alle proeftuinen een stuurgroep waarin ambities zijn geformuleerd en afspraken zijn gemaakt over elkaars activiteiten in het belang van de Triple Aim. Begin 2017 is deze rol van de stuurgroep in een aantal proeftuinen aangepast vanwege het grote aantal actoren, het verschil in belangen tussen concurrerende zorgaanbieders en/of het gebrek aan mandaat van de afgevaardigde

bestuurders. Zo worden in drie proeftuinen de besluiten nu in tijdelijke coalities genomen (dat wil zeggen gelegenheidscoalities met alleen de actoren die direct betrokken zijn bij de betreffende activiteit). De stuurgroep dient dan alleen nog om elkaar op hoofdlijnen te informeren en de relatie met de ambities te bewaken. Tegelijkertijd zijn in andere proeftuinen aanvullende besluitvormende organen ontstaan, zoals drie verschillende stuurgroepen in *Friesland Voorop* (één voor de ziekenhuizen, één voor de gemeenten en één voor de eerstelijns).

Palet aan interventies breidt uit

In toenemende mate worden vanuit de proeftuinen domeinoverstijgende interventies ontworpen en geïmplementeerd, zoals experimenten met het sociale wijkteam en een preventieprogramma van gemeente en zorgverzekeraar. Ter illustratie van het palet aan interventies en activiteiten binnen de proeftuin, is in figuur 1 voor elke proeftuin een interventie uitgelicht. De proeftuinen zijn in 2013 begonnen met zowel zorginhoudelijke als randvoorwaardelijke interventies, waarvan het merendeel in het begin op het curatieve domein was gericht. De eerste interventies varieerden van doelmatig voorschrijfgedrag en anderhalvelijnszorg-trajecten, tot het mensen bewust maken om tijdig de (zorg)wensen voor de laatste levensfase te formuleren. Kenmerkend voor de interventies vanuit de proeftuin is, dat ze met drie of meer partijen zijn (door)ontwikkeld en geïmplementeerd. Naast de zorginhoudelijke projecten zijn sinds 2013 ook randvoorwaardelijke interventies/projecten gestart, bijvoorbeeld gericht op nieuwe bekostigingsvormen, gezamenlijke data-infrastructuur en het ontwikkelen van een gedeelde toekomstvisie. Zowel de zorginhoudelijke als randvoorwaardelijke interventies worden in meerdere proeftuinen uitgebreid.

De interventies zijn geïmplementeerd om een basis te leggen voor de samenwerking en eerste resultaten te realiseren die wellicht uitgebreid en geëxtrapoleerd kunnen worden binnen de regio waardoor ze op lange termijn mogelijk bijdragen aan de Triple Aim. Met de geselecteerde interventies beogen de proeftuinen veelal wel de kwaliteit van zorg, gezondheid en kosten te verbeteren, maar er ligt doorgaans nog geen analyse aan ten grondslag om te bepalen welke interventies het beste opgepakt kunnen worden om zo goed mogelijk bij te dragen aan de Triple Aim voor de gehele populatie. Over de data en kennisinfrastructuur die nodig is om enerzijds keuzes voor interventies te maken en anderzijds de effecten van deze interventies te evalueren, wordt in meerdere regio's gesproken en aan gewerkt. Binnen de proeftuin *Gezonde Zorg, Gezonde Regio* is een kennisinfrastructuur (business intelligence tool) gerealiseerd met data van verschillende zorgaanbieders (apothekers, zorggroep en ziekenhuis), zodat inzicht verkregen kan worden welke interventies voor de populatie van belang zijn om bij te dragen aan de Triple Aim.

Figuur 1: Het palet van interventies, door het toelichten van één vernieuwende interventie binnen elke proeftuin.

■ Binnen *Friesland Voorop* is in 2016 door de 24 Friese gemeenten, zorgverzekeraar De Friesland en de GGD Friesland een **preventieprogramma 2017–2019** gestart. Het doel is om, op basis van epidemiologische data van de zorgverzekeraar en demografische data van de gemeenten, de vitaliteit van de Friese bevolking gericht en effectief te versterken. In 2017 starten drie Friese pilot gemeenten met preventie-programma's waarbij verschillende vormen van preventie in samenhang worden uitgevoerd.

■ Binnen *Samen Sterker in Zorg (SSiZ)* is een **regiovisie** ontwikkeld voor de verschillende echelons in de GGZ, als een vervolgstap op de eerder gerealiseerde geïntegreerde eerstelijns GGZ middels Vicino. Met deze regiovisie is afgesproken welke patiëntgroepen zorg zouden moeten krijgen van de POH-GGZ, Basis-GGZ of de Specialistische GGZ. Zo zijn er bijvoorbeeld voor de ernstige langdurig psychiatrische patiënten (EPA) afspraken gemaakt waardoor een deel van deze patiënten bij de huisarts behandeld kunnen worden in nauwe samenwerking met de FACT teams. De huisartsen, Vicino, GGZ Noord-Holland-Noord en VGZ hebben deze regiovisie gezamenlijk ontwikkeld.

■ In *Vitaal Vechtdal* neemt het Alfa-college uit Hardenberg deel in projecten en in de stuurgroep. Op verzoek van zorg- en hulpverleners ontwikkelen de studenten een **digitale sociale kaart app** met Nidaros, een automatiseringsbedrijf uit de regio. ICT-studenten leveren de techniek, V&V-studenten leveren informatie over het sociale domein en halen wensen op bij gebruikers (thuiszorg, huisartsenpraktijk en sociaal team). De ROS Proscop levert informatie over eerstelijnspartijen. Vitaal Vechtdal coördineert.

■ *Gezonde Zorg, Gezonde Regio (GZGR)* ontwikkelt een **kennis-infrastructuur**, waarbij data van verschillende zorgaanbieders wordt geëxtraheerd en gekoppeld. Doel hiervan is het optimaliseren van de effectiviteit van de zorg en de gehele Triple Aim. Momenteel worden verschillende pilots uitgevoerd op gebied van CVRM, COPD, diabetes en ouderen. Betrokken organisaties in deze pilots zijn Rijncoepel, Zorgbelang, huisartsen Alphen op één Lijn, Alrijne ziekenhuis, Alrijne Zorggroep, Pharmo/STIZON, Health Base en Reos en verzekeraar Zorg en Zekerheid.

■ Binnen *Populatiemanagement Eerstelijns Gezondheidszorg Regio Arnhem in Model (PELGRIM)* wordt sinds 1 februari 2014 gewerkt met de **kaderarts bewegingsapparaat (KBA)**. De KBA ziet patiënten waar het voor de eigen huisarts onduidelijk is welke diagnose en/of behandel-traject nodig is, of de huisarts heeft onvoldoende expertise om de behandeling uit te voeren. Betrokken organisaties zijn de zorggroep Onze Huisartsen, twee HAGRO's (Duiven en Westervoort), Menzis, Zorgbelang en Caransscoop. Binnen PELGRIM is het aantal KBA locaties uitgebreid.

■ Bij *GoedLeven* is sinds september 2014 een aanzet gemaakt tot een **farmacieproject**. Doel is om gezamenlijk een project op te zetten, uit te voeren en op korte termijn besparingen te realiseren door substitutie van geneesmiddelen. Betrokken partijen zijn de Medische Staf Huisartsen, zorggroepen, ZorgSaam, Coöperatie Zeeuws-Vlaamse Apotheken U.A., zorgverzekeraar CZ en Klaverblad (deze laatste was betrokken tot en met 2015). Er zijn besparingen gerealiseerd.

■ *MijnZorg* heeft sinds 2016 14 **pluspraktijken**: huisartspraktijken die vanuit het concept 'Positieve Gezondheid' een totaalconcept van goede zorg leveren. Betrokken organisaties zien dit als een systeemvernieuwing om te komen tot de Triple Aim. Betrokken organisaties in de projectgroep zijn Huis voor de Zorg, CZ, Huisartsen OZL, Zuyderland ziekenhuis, en voor bepaalde doelen ook partijen uit het sociale domein (o.a. Thuiszorgorganisatie MeanderGroep, gemeentes Heerlen/Kerkrade).

■ In 2015 is '**Zelfhulp doe je samen**' geïntroduceerd binnen *Slimmer met Zorg (SmZ)* om zo de bekendheid en het gebruik van zelfhulp en substitutie van 1^{ste} naar 0^e lijn te stimuleren. Zo zijn zorgverleners ondersteunend in het doorverwijzen naar zelfhulporganisaties. Stichting Zelfhulpnetwerk Zuidoost-Brabant, Zelfhulpverbindt.nl, PoZoB, DOH, Zorgbelang Brabant, en Flow Maxima Medisch Centrum namen deel. Met dit project is o.a. het aantal zelfhulpgroepen gestegen.

■ In proeftuin *Blauwe Zorg* wordt gewerkt aan de pilot '**Blauwe Zorg in de wijk**' om het gedachtegoed ten aanzien van het concept 'Positieve Gezondheid' te introduceren in 4 (achterstands)buurten binnen de wijk Maastricht Noordoost. Hierbij wordt nadruk gelegd op ontschotting in functies en financiering. De zorg- en welzijnsprofessionals zullen de lead nemen in het oppakken van verbeteringen. Betrokken organisaties zijn Gemeente Maastricht, VGZ, Provincie Limburg, ZIO, GGD Zuid-Limburg, Huis voor de Zorg, Envida, Trajekt, Radar en Levanto.

2. Financiering en bekostiging

Andere financieringskaders (nog) niet de oplossing; eerst vertrouwen en ervaring nodig

Om een populatiegerichte aanpak en daarmee de Triple Aim te realiseren, geven bestuurders aan dat het vertrouwen van en in alle betrokken partijen leidend is. Dit vertrouwen is volgens de bestuurders de basis om de geldstromen en prikkels te stroomlijnen met de Triple Aim. Voor het bewerkstelligen van de populatiegerichte aanpak wordt door de meeste bestuurders vooralsnog voldoende ruimte ervaren binnen de huidige financieringskaders. Het gros van de bestuurders wil namelijk eerst de grenzen van huidige financieringskaders opzoeken om de ambities van de proeftuin te realiseren. Daarnaast vraagt men zich af of een (tijdelijke) wijziging daadwerkelijk nodig is; middelen vanuit verschillende wetten kunnen ook op andere manieren worden verbonden. Proeftuinen maken mede hierom ook beperkt gebruik van de innovatiereguleerwet en de mogelijkheid voor een amendement van de Wet langdurige zorg (Wlz).

Desondanks geeft een aantal bestuurders meerdere voorbeelden waarbij projecten vertraagd of niet worden geïmplementeerd, vanwege de huidige financieringskaders. Zo kan de maatschappelijke business case voor een interventie/samenwerking positief zijn, maar als deze business case niet positief is voor de organisatie, dan kan dat de voortzetting van de plannen belemmeren. Om te voorkomen dat projecten om deze reden niet starten, geven de bestuurders aan dat het belangrijk is om vertrouwen en ruimte te krijgen binnen huidige kaders vanuit VWS, Autoriteit Consument en Markt (ACM) Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de eigen organisatie. Zo hecht men belang aan informatie en goede communicatie met de NZa, ACM en/of VWS, zodat men vooraf garantie heeft dat ze in lijn handelen met de wettelijke kaders zoals de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Daarnaast vergt het ook vertrouwen en aanpassingen van het gedrag en interne toezicht binnen afzonderlijke organisaties, bijvoorbeeld het interne toezicht van de verzekeraars.

Zorg blijft voornamelijk volumeproductie-gedreven bekostigd

De zorginhoudelijke projecten die binnen de proeftuinen zijn geïntroduceerd, zoals geïntegreerde eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ), programma's voor kwetsbare ouderen of chronisch zieken, zijn voornamelijk gebaseerd op bekostiging per zorgactiviteit of per patiënt. Binnen de meeste projecten is geen of een beperkte link gelegd tussen de bekostiging en eventuele (ervaren) kwaliteitsverbetering van de zorg, of waarde voor de

populatie. De link die wordt gelegd in contracten is bijvoorbeeld dat men het meerjarencontract kan openbreken, indien de kwaliteit achteruit gaat of dat men moet meewerken aan data-infrastructuur voor feedback. Daarnaast worden in de meeste proeftuinen ook meerjarige ziekenhuiscontracten afgesloten. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen geven aan dat ze hiermee de periode van het substitueren van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn financieel soepel kunnen laten verlopen. Zonder deze meerjarige contracten zouden ze mogelijk in de financiële problemen komen, omdat ze ervaren dat ze tijd en geld nodig hebben om zich als organisatie aan te passen.

Shared savings in twee proeftuinen gerealiseerd in 2017

Eind 2016 zijn in twee proeftuinen de gerealiseerde besparingen door de gezamenlijke interventies voor doelmatig geneesmiddelengebruik gealloceerd voor nieuwe, nog te selecteren, interventies om het doelmatig geneesmiddelengebruik verder te stimuleren. De besparingen zullen via Segment 3¹ worden uitbetaald aan de zorggroep. In januari heeft ook een vierde proeftuin shared savings afspraken gemaakt gericht op farmacie, waarbij 50% van de gerealiseerde besparingen aan de zorgaanbieder wordt uitgekeerd bij een minimaal gelijkblijvende kwaliteit.

Naast de afspraken over shared savings op specifieke projecten, werden in 2013 ook shared savings afspraken voor de gehele populatie van de proeftuin in een aantal proeftuinen nagestreefd. Deze afspraken zijn niet tot stand gekomen in de proeftuinen, en de voorbereidende gesprekken hierover hebben het samenwerkingsproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar zelfs gefrustreerd. Betrokkenen gaven hiervoor een aantal redenen aan: het gebrek aan een partij die de benodigde voorinvestering wil doen, het gebrek aan een infrastructuur om effecten op proeftuinniveau te kunnen meten, en onenigheid over hoe de shared savings en risico's verdeeld zouden moeten worden. Daarnaast speelt mee dat een van de betrokken verzekeraars inmiddels afstand heeft genomen van shared savings afspraken voor de gehele populatie, omdat dan in de ogen van de verzekeraar onnodig een nieuwe partij (ook wel aangeduid met integrator) nodig is om het geld te verdelen over de deelnemende zorgaanbieders.

¹ Segment 3 is onderdeel van het 3-segmenten model van het huidige zorgakkoord. Segment 3 (S3) biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders op twee thema's, namelijk om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet van segment 1 (basisvoorziening huisartsenzorg) en 2 (programmatische multidisciplinaire zorg), en om zorgvernieuwing te stimuleren.

Andere bekostigingsvormen zijn gewenst, vertrouwen en daadkracht benodigd

Geïnterviewden gaven aan dat de huidige bekostiging de Triple Aim niet stimuleert en dat deze vervangen zou moeten worden door andere bekostigingsmodellen die wel financieel prikkelen om de Triple Aim te realiseren. Hierbij wordt o.a. gedacht aan bekostiging op basis van gezondheidswinst en niet op basis van productie (volume). Bestuurders verschillen van mening over welk model hiervoor het meest geschikt is: populatiebekostiging, bekostiging per zorgactiviteit met shared savings of bonus, of integrale bekostigingsmodellen. Voornamelijk de zorggroepen denken aan bekostigingsmodellen waarin budgetten uit de verschillende stelsels gecombineerd worden, of aan populatiebekostiging. Verzekeraars zijn op dat vlak terughoudender. Naast verschil in gewenste andere bekostigingsvormen, is er nog beperkt inzicht in hoe de bekostigingsvormen in de praktijk het beste kunnen worden vormgegeven. Daarbij spelen vragen als: welke en hoeveel risico's kun je als zorgaanbieder nemen, welke uitkomstmaten zijn geschikt? Aangezien er beperkte ervaring in Nederland is met alternatieve bekostigingsvormen, geeft men aan dat vertrouwen tussen betrokkenen belangrijk is om nieuwe bekostigingsvormen te contracteren. Bestuurders geven aan dat ze daarom ook met de proeftuinactiviteiten het vertrouwen opbouwen. Ondanks dat de bekostiging nog niet de Triple Aim stimuleert, gaat men wel door met het anders inrichten van preventie, zorg en welzijn. Hierbij geeft men aan dat op termijn de bekostiging wel aangepast zou moeten worden. Op dit moment ervaart men vertraging op het implementeren van veranderingen in lijn met de Triple Aim en er wordt een steeds grotere druk ervaren in het bekostigen van de niet organisatiegebonden overhead (coördinatie, data-infrastructuur et cetera).

3. Toekomstverwachtingen van bestuurders

Op korte termijn verdere versterking verwacht van de regionale samenwerking

Tot nu toe zijn verreweg de meeste activiteiten binnen de proeftuinen gericht op specifieke interventies, zoals doelmatig geneesmiddelengebruik of interventies voor een specifieke subpopulatie bijvoorbeeld mensen met diabetes. Bestuurders geven aan dat ze met de eerste interventies ervaringen hebben opgedaan, waarmee ze nu de al geïmplementeerde interventies kunnen uitbreiden naar een grotere doelgroep en naar meer zorgaanbieders (zie quote 1). Daarnaast verwacht men door het gerealiseerde samenwerkingsverband ook kortere lijnen te

hebben tussen organisaties waardoor nieuwe projectideeën versneld kunnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd (zie quote 2). Met de proeftuin verwacht men dat er een basis is gelegd van een nieuwe (samenwerkings)cultuur vanuit een gedeelde ambitie en visie, nieuwe structuren en afspraken (zoals de genoemde shared savings) alsook een daadwerkelijk andere manier van het aanbieden van preventie, zorg en welzijn.

“...eigenlijk investeer je aan de voorkant eerst meer in de relatie [...] juist omdat we die tijd genomen hebben, is er iets van een basis gelegd [...] De voortgang, en dan bedoel ik niet zozeer het resultaat, maar veel meer het tempo van de voortgang van de ontwikkeling om plannen uit te werken, dingen te implementeren [...] Het is een hele tijdrovende zaak. En het vraagt ook gewoon veel overleg. Omdat mensen denken vaak vanuit andere referentiekaders, eigen wereld, en je moet toch de verbinding zoeken.” (quote 1, 139, ziekenhuis)

“Nou, ik heb even... onderscheid gemaakt tussen... ja, zeg maar, de dingen die concreet voortkomen uit de initiatieven die we hebben, en even meer waar het gaat over de samenwerking tussen de partijen. En wat ik een grote winst vond van de proeftuin is dat we eigenlijk in een redelijk veilige omgeving in staat zijn gesteld om, ja, te verkennen waar gezamenlijke belangen liggen. En hoe je dat zou kunnen vormgeven. [...] En daarmee ook mijn verwachtingen ook tot 2018. De spin-off daarvan is dat je makkelijker ook andere onderwerpen aan de orde kan stellen, omdat je die samenwerking met elkaar hebt uitprobeerde. Dat is meer op een soort meta-niveau, helpt het in de relaties die wij hebben met de zorgaanbieders in die regio.” (quote 2, 115, zorgverzekeraar)

Verbeteren van uitkomsten op populatieniveau vergt meer

Proeftuinen hebben tot op heden verschillende strategieën ingezet om populatiegerichte aanpak te ontwikkelen, samenwerking te vergroten en eerste kleinschalige resultaten te bewerkstelligen, in de veronderstelling dat dit de noodzakelijke basis legt om uiteindelijk interventies en veranderingen te kunnen implementeren voor de totale populatie en daarmee de Triple Aim te realiseren. Het merendeel van de bestuurders verwacht dan ook niet dat in 2018, vijf jaar na aanvang van de proeftuinen, een verbetering in de Triple Aim zichtbaar is, wanneer de populatie van de gehele regio wordt geanalyseerd. Wel verwacht men positieve effecten op de Triple Aim bij

specifieke interventies en subpopulaties. Deze eerste positieve resultaten op kleinschalig niveau kunnen bijdragen aan het versterken van de samenwerking en het opschalen naar populatieniveau. Tegelijkertijd heeft men ook de verwachting dat er meer nodig is voor die verdere opschaling en beweging naar de Triple Aim, gezien de verschillende belangen die meespelen en de urgentie die mist (zie quotes 3 en 4). Bestuurders geven hiervoor verschillende strategieën aan, welke in de volgende alinea's zijn uitgewerkt.

“Nou, kijk, in toenemende mate ben ik de afgelopen jaren tot de conclusie gekomen dat, dat... wij het systeem hebben gecreëerd [...] wat zichzelf veel te veel op slot zet, door, door... de belangen van politiek versus financiers; financiers versus zorgverleners; zorgverleners onderling. Die gaan zichzelf onvoldoende heruitvinden.” (quote 3, I28, zorggroep)

“Veel te weinig ‘sense of urgency’ proefde ik overal, gaat te veel uit van het poldermodel [...] Het klinkt mij in de oren als oeverloos vergaderen, en doortutten. En weinig ambitie om er echt iets anders van te doen. Dus daar zit wel een zorg [...] Hoe kunnen we met elkaar resultaten in gang zetten? [...] Maar ik proef dat overal, dat dat heel erg speelt.” (quote 4, I2, zorggroep)

• *Nieuwe governance structuren*

Bestuurders realiseren zich de tijdelijkheid van de huidige zorgorganisaties en de markt. De beelden wisselen echter over hoe het zorglandschap er in de toekomst uit zal zien. Zo zijn er verschillende visies over de toekomstige ziekenhuis- en huisartsen-/eerstelijns zorg. Een aantal eerstelijnsbestuurders en zorgverzekeraars verwachten dat de ziekenhuiszorg deels wordt verplaatst naar multidisciplinaire centra voor complexe zorg, waarbij specialisten een ondersteunende/consultatieve functie zullen hebben, en deels naar instituten voor hoog-complexe zorg. Daarentegen verwachten de meeste ziekenhuisbestuurders dat enerzijds de ziekenhuiszorg zich nog meer zal richten op hoog-complexe zorg en dat er anderzijds ziekenhuizen zullen zijn die de generalistische zorg zullen uitbreiden. Verder verwachten enkele ziekenhuisbestuurders dat deze generalistische ziekenhuiszorg, samen met de technologische vooruitgang, zal leiden tot een uitholling van de huisartsenzorg. In deze nieuwe zorgorganisatiestructuren houdt men er ook rekening mee dat er samenwerking met andere beleidsterreinen, zoals schuldhelpverlening en andere actoren (bijvoorbeeld werkgevers en bedrijven) nodig is om de Triple Aim te realiseren (zie quote 5). Ook verwacht men een grotere en

meer betrokken rol van de private sector, met onder andere een toenemend aantal publiek-private partnerships. Tevens is de verwachting dat er op lange termijn een regionaal (integraal) gezondheidsbeleid wordt gevormd, met bijpassende bekostiging die dit regionale integrale beleid ondersteunt. Welke manier van bekostiging dit moet zijn, laat men nog in het midden (zie tekstbox 2 Financiering en bekostiging). Men ziet wel dat er één partij de coördinerende rol op zich zou moeten nemen. Men verschilt van mening wie dit het beste kan doen. In een aantal regio's willen de zorggroepen deze rol op zich nemen, terwijl in andere regio's de zorgverzekeraar of gemeente deze rol voor zich ziet weggelegd.

“Nou, ik vind dat het bedrijf actief moet participeren. Dus niet de ICT aanbieders, maar de grote werkgevers. [...] Die hebben ongelooflijk veel belang bij fitte en gezonde en actieve medewerkers. Dus dat betekent, wat mij betreft [...] dat de grote werkgevers actiever moeten meedenken en bijdragen aan.” (quote 5, I13, zorggroep)

• *Burgerparticipatie*

Burgerparticipatie wordt in nagenoeg alle proeftuinen een noodzakelijke ontwikkeling genoemd om preventie, zorg en welzijn in het belang van de populatie te gaan organiseren (zie quote 6). Naast een toename van zelfregie en het nemen van eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen gezondheid, zorg en ondersteuning, verwacht men ook dat burgers op bestuurlijk niveau meer invloed zullen moeten krijgen. Een voorbeeld hoe dat georganiseerd zou kunnen worden, is de burgercoöperatie van *Vitaal Vechtdal*. Hiermee krijgen de burgers van *Vitaal Vechtdal* bestuurlijk de mogelijkheid om het zorgaanbod te beïnvloeden. Maar er zijn nog andere manieren, zoals de online community die wordt ingezet in *GoedLeven* of de bestuurlijke vertegenwoordiging van burgers via *Zorgbelang* in de stuur- en projectgroepen in meerdere proeftuinen.

De verwachtingen en focus ten aanzien van burgerparticipatie zijn niet voor alle bestuurders gelijk. Vanuit de ziekenhuizen wordt er over het algemeen minder over gesproken en ligt de nadruk dan vooral op het vergroten van de invloed op het eigen zorgproces en het stimuleren van zelfmanagement door technologische mogelijkheden en sociale media (zie quote 7).

“...de consument heeft gemaakt dat online vakanties boeken en telebankieren een succes is geworden. Dat is de consument die dat heeft gemaakt. Niet de reisbureaus. En niet de baliemedewerkers van de ABN. Dus, hoe kunnen wij de klant in een positie brengen,

die heeft ie nu niet en die neemt ie nu niet. En ik vind ook dat ie het veel te traag neemt. Dus wij moeten die klant misschien gaan helpen, om die positie te nemen; ik wil dat het anders is in die zorg.” (quote 6, I28, zorggroep)

“Maar op het moment dat de patiënt zelf eigenaar van zijn dossier is geworden. Dan gaat een snelgroeiende groep ook zeggen: “Oké, en nu ga ik ook echt zelf de regie pakken. Van daaruit zeg ik, vrijdag heb ik die zorg nodig, maandag dat, en ik ben ook suikerpatiënt, dus wil ook regelen dat ik met mijn nurse-practitioner iets kan doen. En als ik dan eens per twee jaar een keertje die arts nodig heb, doe ik dat via Facetime of controle.” (quote 7, I39, ziekenhuis)

• *Positieve gezondheid*

Bestuurders van meerdere proeftuinen geven aan het gedachtegoed van positieve gezondheid² in te willen zetten als instrument om de integrale visie te concretiseren en de bewustwording te vergroten dat gezondheid door meer wordt beïnvloed dan alleen de zorg. Zo worden (zorg) professionals bijvoorbeeld bewust gemaakt dat een leefstijlinterventie beperkte zin heeft als eventuele financiële problemen niet eerst worden aangepakt (zie quote 8). Naast het realiseren van bewustwording, kan positieve gezondheid ook worden ingezet om burgers de gelegenheid te geven om zelf de regie te pakken (zie quote 9).

“In deze wijk hoop ik en verwacht ik [...] dat als wij systematisch elke keer bij die mensen, conform positieve gezondheid, gaan vragen, waar je je ook meldt... of je je nou meldt bij schuldsanering of bij huisarts, we gaan die zes dimensies van positieve gezondheid in kaart brengen. Hoe functioneer ik nou eigenlijk? Hoe gaat het nou eigenlijk met jou? Op die zes dimensies. Dan verwacht ik dat het gros van wat wij nu in de zorg krijgen helemaal niks met zorg te maken heeft. Dat heeft te maken met: armoede, geen werk hebben... [...] Dat ook hulpverleners zich realiseren: het is dus niet hoofdpijn. En het is ook niet onderliggende stress. Nee, het is: ik heb geen baan, geen brood en daardoor heb ik stress en hoofdpijn. En wij kunnen paracetamol voorschrijven, of POH-GGZ inschakelen, maar zonder baan gaat dat nooit soelaas bieden.” (quote 8, I28, zorggroep)

“Ja, ja... Veel meer vanuit de positieve gezondheid gedefinieerd [...] dan vertel ik, en laat ik ook gewoon zien, ook gewoon hier in de regio, ook in het onderwijs, bij welzijn, bij het burgerinitiatief, en dan; iedereen haakt daar op aan. Daar willen wij aan bijdragen. En dat is ook eigenlijk waar we nu mee bezig zijn. [...] Het is een beweging voor eeuwig. Daar wil je bij zijn. Dus dat het ook een soort van, nou ja, community wordt in de regio. Een soort coalitie. Met z'n allen zorgen wij, zorgen wij dat de regio gezonder wordt. En niet alleen, het is iets van de verzekeraar en de gemeente. Of, de zorg is daar mee bezig. Nee, alle partijen moeten daar mee bezig zijn.” (quote 9, I26, gemeente)

• *Kennisinfrastructuur*

Geïnterviewden geven aan dat het belangrijk is om inzicht in de vraag/behoefte, het aanbod, de kwaliteit, en kosten(effectiviteit) van preventie, zorg en welzijn te krijgen (zie quote 10). Hiermee verwacht men te kunnen bijdragen aan de bewustwording en bereidheid om mee te werken om het aanbod te wijzigen, aan het gericht vormgeven van de benodigde verbeteringen alsook aan de verantwoording voor de benodigde investeringen. Binnen de proeftuinen wordt gewerkt aan tijdige en gerichte feedback aan individuele zorgaanbieders en bestuurders. Een van de proeftuinen, *Gezonde Zorg Gezonde Regio*, richt zich vanaf het begin voornamelijk op het inrichten van een kennisinfrastructuur (business intelligence tool) om interventies succesvol te kunnen inzetten (zie quote 11). In de proeftuinen lopen de ontwikkelingen op IT gebied nog achter op de gewenste informatiebehoefte. Men verwacht dat de toenemende technologische mogelijkheden om bestaande informatiesystemen van professionals maar ook van burgers te benutten, kunnen bijdragen aan een betere feedback. Daarnaast verwacht men dat meer duidelijkheid over wat toegestaan is op het terrein van het koppelen van data (zie volgende alinea) kan bijdragen. Tenslotte verwacht men dat een financiële beloning voor zorgaanbieders voor het aanleveren van data bijdraagt aan het realiseren van de benodigde terugkoppeling informatie.

“Kwaliteit dat heb je nodig, veel data vergelijken, benchmarken en niet een weerstand van professionals dat die zegt ja, ik doe dat niet of zo, weet je. Dat moet gewoon een stap, dat mogen we, als Nederlander hebben we daar recht op. [...] Die individuele professionals die vinden het eigenlijk wel prima, maar op groepsniveau dat de angst die ze hebben en hun belangen, dat we die zó onhandig beteugelen dat ze ermee weggkomen en misschien als we niet oppassen er de komende vijf jaar nog steeds mee weggkomen. Dat zijn de echte problemen waar het over gaat.” (quote 10, I54, zorgverzekeraar)

² Positieve gezondheid: het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber, 2011).

“We hebben een kennisinfrastructuur, die ons inzicht geeft in de kwaliteit, de beste behandeling, en de kosten die dat met zich meebrengt. En we zijn in staat samen met patiënten de keuze te maken. [...] En de truc van dit systeem is dat er vanuit meerdere systemen gekeken wordt. Vanuit data wat beschikbaar is uit allerlei bronnen, waardoor je dingen niet dubbel hoeft te doen. En waardoor je ook een hele lange historie van patiënten hebt. En, ja, niemand zit op die vinkjes te wachten, maar tegelijkertijd is het wel zo dat je het heel prettig vindt om een ondersteuningssysteem te hebben, van: als je nou bij deze patiënt daarop let, dan heb je daar de grootste winst mee. En als je bij deze patiënt een keuze maakt voor een duurder geneesmiddel, dan is de kosteneffectiviteit daarvan zodanig dat je de investering kan rechtvaardigen.” (quote 11, 124, zorgorganisatie)

• Landelijke ondersteuning

Landelijke ondersteuning, afspraken, en veranderingen in wet- en regelgeving worden benoemd als mogelijke factoren die de beweging van de proeftuinen naar de Triple Aim kunnen bevorderen. Bij de start van de proeftuinen was het uitgangspunt dat ze binnen de huidige de wet- en regelgeving zouden moeten blijven. Hoewel men zich realiseert dat er veel mogelijk is binnen het huidige stelsel, verwachten enkele bestuurders dat een wijziging in budgetten en grenzen benodigd is om het werken aan de Triple Aim minder vrijblijvend te maken en bijvoorbeeld de substitutie te versnellen (zie quotes 12 en 13). Bestuurders verwachten van het ministerie van VWS ook aanvullende ondersteuning in de vorm van bijvoorbeeld vertrouwen, helderheid over wat toegestaan is binnen het huidige stelsel of financiële ondersteuning in de benodigde overkoepelende investeringen zoals coördinatie. Zo geeft men bijvoorbeeld aan dat het label proeftuin alsook een bezoek van de minister of staatssecretaris helpt om de betrokkenen te committeren en te activeren om door te gaan om de Triple Aim te realiseren. Tot nu toe zijn benodigde financiële middelen voor coördinatie en projectmanagement afkomstig van afzonderlijke organisaties, maar zodra er andere prioriteiten binnen organisaties moeten worden gesteld, dan komt de continuïteit van deze overkoepelende activiteiten onder druk.

“Ja, want de overheid stelt vast, ziekenhuizen mogen zoveel procent groeien, het huisartsenbudget is gemaximeerd op zoveel en, nou ja, daar mag dit en dit bij, dus die zetten de kaders natuurlijk vast, dus zolang dat op die manier ingericht blijft vanuit de overheid, is dat dus...

Ja, hebben de verzekeraars natuurlijk ook niet zoveel speelruimte in naam.” (quote 12, 157, programma manager)

“En wat ik dus zie, is dat in allerlei visies en bij de politiek, ingezet wordt op substitutie van zorg tweede lijn naar eerste lijn. Maar als je daar geen stappen in durft te zetten, om te zeggen van: “Ja, maar dan moeten we ook rigoureuus...” [...] uit VWS, en van daaruit zorgverzekeraars, een ander beleid inzetten, door geld echt weg te halen uit de tweede lijn, en een stuk in de eerste lijn te zetten. Dan denk ik dat het meer rommelen in de marge gaat worden. Dus daar zit een grote zorg. Dat is het lange traject. [...] Niemand durft de lead te nemen, omdat het afbreukrisico zo groot is. Als morgen in de krant staat dat ziekenhuis x bijna failliet gaat, omdat het eh... niet zo snel genoeg kunnen afbouwen. Ja, dan heeft de dominante verzekeraar een heel groot probleem.” (quote 13, 12, zorggroep)

4. Resultaten in perspectief

Proeftuinen dragen bij aan een transitie naar de Triple Aim

Het volgen van de proeftuinen door de tijd heen laat zien dat bestuurders, met kleine stapjes, werken aan fundamentele aanpassing van structuur, cultuur en de praktijk gericht op de Triple Aim. De beweging om in de regio te werken aan de Triple Aim is in lijn met een internationale beweging (Drewes et al., 2016; Alley et al., 2016). De proeftuinen passen zich aan op basis van de opgedane inzichten en de context. Zo hebben ze zich in het begin vooral gericht op het curatieve domein, terwijl ze nu steeds meer activiteiten oppakken ook gericht op welzijn en preventie. De decentralisaties, waarbij gemeenten een grotere rol hebben gekregen op het terrein van o.a. welzijn, hebben daar aan bijgedragen. Vanwege de fundamentele aanpassingen kan de beweging worden gezien vanuit een transitieperspectief. Een transitie is een maatschappelijke structurele verandering die een doorlooptijd van 25-30 jaar kent en waarvoor tal van samenhangende innovaties nodig zijn (Loorbach & Rotmans, 2010). Dit is in lijn met dat het merendeel van de bestuurders niet binnen vijf jaar na aanvang van de proeftuin verbeteringen op *populatienniveau* verwacht. Wel verwachten bestuurders bij afzonderlijke interventies positieve resultaten. Voor de toekomst verwachten bestuurders dat de beweging zal continueren en nieuwe juridische entiteiten in de regio zullen ontstaan. Er bestaat echter nog geen eenduidig beeld hoe de zeggenschap tussen de organisaties verdeeld zal worden en wie de verantwoordelijkheid voor de totale populatie op

zich neemt. Dit is vergelijkbaar met de regionale initiatieven in het Verenigd Koninkrijk waarbij eenzelfde zoektocht zichtbaar is (Collins, 2016).

Nieuwe vormen van bekostiging: waar een wil is, is een weg?

Proeftuinen hebben voornamelijk volumegevoerd bekostiging voor de interventies. Bij een aantal proeftuinen is voor het farmacie-project afspraken gemaakt over shared savings. De introductie van deze en andere bekostigingsvormen in lijn met de Triple Aim vergt een lange adem en de voor- en nadelen moeten goed worden gemonitord om bijsturing mogelijk te maken (EIB, 2012; Collins, 2016; Alley et al., 2016). Hoewel kennis en data benodigd zijn voor nieuwe bekostigingsvormen, lijkt nu vooral vertrouwen en leiderschap nodig te zijn om stappen te zetten. Om het proces te versnellen geven de meeste bestuurders aan dat er momenteel geen aanpassing van wet- en regelgeving nodig is, maar er is wel behoefte aan ondersteuning van de landelijke overheid. Te denken valt daarbij aan ondersteuning zoals bij nieuwe ontwikkelingen ten aanzien van preventie binnen het stelsel en integrale bekostiging van geboortezorg (VWS, 2016^a; VWS, 2016^b). Ook in andere landen worden vergelijkbare initiatieven financieel ondersteund om de benodigde transitie te realiseren; een voorbeeld is de ondersteuning van de Accountable Health Communities in de Verenigde Staten (Alley et al., 2016). Alternatieve bekostigingsvormen lijken effectief om daadwerkelijk de Triple Aim te realiseren (e.g. Song et al., 2014).

Proeftuinen staan niet op zichzelf, maar bieden inzicht in ontwikkelingen en ervaringen

De proeftuinen worden intensief gevolgd met de Landelijke Monitor Proeftuinen, waardoor inzicht verkregen wordt in de ontwikkelingen en ervaringen. Maar de proeftuinen staan niet op zichzelf; zowel binnen de regio als erbuiten vinden vergelijkbare initiatieven plaats (Lemmens et al., 2017^a; Lemmens et al., 2017^b). Deze initiatieven variëren in focus en grootte, van bijvoorbeeld een initiatief op wijkniveau tot een populatiegerichte aanpak op gemeentelijk niveau. De ontwikkelingen binnen deze initiatieven lijken in grote lijnen overeen te komen met de ontwikkelingen binnen de proeftuinen. Er wordt geëxperimenteerd met organisatievormen, participatieniveau, en bekostiging. Ook het gebruik van het begrip van positieve gezondheid is terug te vinden in enkele van deze initiatieven. Duidelijke resultaten op de Triple Aim blijven ook hier nog uit, omdat deze initiatieven net als in de proeftuinen veelal gericht zijn om het gezondheidssysteem te verbeteren en daarmee de Triple Aim, wat een langdurig proces blijkt.

Welke strategieën maken een populatiegerichte aanpak in de regio kansrijk?

Bestuurders van de proeftuinen zien een positieve ontwikkeling ten aanzien van regionale samenwerking om preventie, zorg en welzijn beter in te richten, maar het gaat wel trager dan men zou willen. Met de huidige proeftuinen willen de bestuurders in relatief kleine interventies eerste ervaringen opdoen om het gezondheidssysteem anders in te richten en deze vervolgens uit te kunnen breiden binnen de regio. Bij deze populatiegerichte benadering ervaren bestuurders de complexiteit van het regionaal integraal aanbieden van preventie, zorg en welzijn in het belang van de populatie. De regionaal integrale samenwerking wordt beïnvloed door een samenspel van de marktcontext, verantwoordelijkheden, interpersoonlijke relaties tussen professionals en bestuurders van verschillende organisaties, leiderschap, middelen, sociaal-culturele factoren (normen en cultuur), financiële prikkels en wet- en regelgeving (Steenkamer et al., submitted). Proeftuinen hebben tot op heden verschillende strategieën ingezet om het binnen de regio beter te organiseren; sommigen vanaf het begin met een vrij brede stuurgroep die een steeds grotere rol krijgt, anderen juist met een stuurgroep die klein is of waarvan de rol steeds verandert. Meer inzicht in hoe proeftuinen vooruitgang boeken met een populatiegerichte aanpak, rekening houdend met de complexiteit binnen de specifieke regio's, zal volgen in de uitgebreide evaluatie van de proeftuinen over de periode 2013-2018.

Referenties

Alley DE, Asomugha CN, Conway PH & Sanghavi DM (2016). Accountable Health Communities-Addressing Social Needs through Medicare and Medicaid. *New England Journal of Medicine*, 374(1): 8-11.

Alternative Payment Model Framework and Progress Tracking (APM FPT) Work Group (2016). Alternative payment model (APM) framework. Health Care Payment Learning & Action Networks, via <https://hcp-lan.org/workproducts/apm-whitepaper.pdf>.

Collins B (2016). *New care models: emerging innovations in governance and organizational form*. London, The King's Fund.

EIB (2012). *Eindrapport van de evaluatiecommissie integrale bekostiging*. Den Haag, Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer JWM van der, Schnabel P, Smith R, Weel C van & Smid H (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343: d4163.

Lemmens CL, Drewes HW, Lette M & Baan CA (geaccepteerd voor publicatie). Een populatiegerichte aanpak voor verbinding van preventie, zorg en welzijn: de beweging in beeld. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Lemmens CL, Baan CA, Drewes HW & Struijs JN (2016). Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars bij het verbinden van preventie, zorg en welzijn en preventie voor risicogroepen; Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

VWS, 2016a. Kamerbrief: Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten (TK 2015-2016, 32793 nr. 213). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS, 2016b. Kamerbrief: Drie rapporten zwangerschap en geboorte en reactie op Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. (TK 2015-2016, 32279 nr. 83). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP & Chernew ME (2014). Changes on health care spending and quality 4 years into global payment. *The New England Journal of Medicine*, 371:1704-1714.

Struijs JN, de Bruin-Kooistra M, Heijink R, Baan CA (2016). *Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg*. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Tekstbox 1: Interviews en respondenten

De resultaten zijn gebaseerd op interviews met stakeholders van de proeftuin en op actualisaties van de proeftuinen die sinds 2013 worden uitgevoerd.

Interviews met bestuurders in 2016

In de periode van september 2016 tot en met januari 2017 zijn 55 interviews afgenomen met 70 stakeholders. In totaal is er met 12 ziekenhuisbestuurders, 11 directeuren van zorggroepen, 5 directeuren van andere zorgorganisaties, 5 directeuren/managers van Zorgbelang, 16 gemeentelijke vertegenwoordigers, 7 programmamanagers, 12 managers/bestuurders van 6 verschillende zorgverzekeraars gesproken en 2 stakeholders uit het bedrijfsleven. Tijdens de interviews zijn de geïnterviewden gevraagd hun korte en langetermijn toekomstverwachting van de proeftuin te delen en

te onderbouwen. De interviews zijn iteratief getranscribeerd en geanalyseerd met MaxQDA aan de hand van het raamwerk van de Landelijke Monitor Proeftuinen (Struijs et al., 2014; Steenkamer et al., submitted).

Actualisaties van de proeftuinen 2013-2017

Sinds de start van de LMP in september 2013 is de ontwikkeling van de proeftuinen vastgelegd in actualisaties. Naast het bespreken van ervaringen en ontwikkelingen tijdens telefonische interviews met de programmamanagers van de proeftuinen elke 3-4 maanden, is twee keer per jaar ook een formulier ingevuld waarbij de organisatiekenmerken, financiering, en activiteiten van de proeftuinen worden vastgelegd. De uitvraag staat in meer detail uitgewerkt in het ontwerprapport van de LMP (Heijink et al., 2014).

Tekstbox 2: Toelichting op een aantal begrippen

- *Financiering* duidt op de verschillende wettelijke kaders waarbinnen middelen worden verzameld, zoals Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz).
- *Bekostiging* is de manier waarop zorgaanbieders en welzijnsorganisaties vanuit deze wettelijke kaders worden betaald.
- *Shared savings* staat voor het delen van gerealiseerde besparingen over bepaalde typen uitgaven, vaak gekoppeld aan bepaalde prestatie of doel (bijvoorbeeld alle Zvw-kosten) en voor bepaalde populaties (bijvoorbeeld alle verzekerden in een regio). Een voorbeeld is dat aanbieders moeten voldoen aan bepaalde uitkomsten op het gebied van kwaliteit en kosten, voordat ze kunnen delen in shared savings. Shared savings kan verschillende vormen hebben, zo kan het afspraken betreffen over eventueel gerealiseerde besparingen (one-sided) of betrekking hebben op besparingen en overschrijdingen (two-sided) (Song et al., 2014).
- *Integrale bekostiging* is de bekostiging voor een deelpopulatie, veelal voor een bepaalde chronische aandoening (bijvoorbeeld Diabetes) of een zorgepisode (bijvoorbeeld geboortezorg). Het bevat een prikkel om overgebruik te voorkomen, goede kwaliteit en samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren (Struijs et al., 2016).
- *Populatiebekostiging* hieronder vallen manieren van bekostigen op basis van een bedrag voor een (deel) populatie. Op die manier ontstaan er prikkels tot het aanbieden van goed georganiseerde, zinnige en hoog kwalitatieve zorg, omdat de organisaties die deze zorg leveren nu ook (financieel) verantwoordelijk zijn voor de totale uitgaven, voor bijvoorbeeld zorg, welzijn en ondersteuning. De populatie kan op verschillende manieren gedefinieerd worden (APM FPT, 2016).

Tekstbox 3: Landelijke Monitor Proeftuinen (LMP)

Doelstelling LMP

Het RIVM heeft vanuit het ministerie van VWS de opdracht gekregen negen proeftuinen te monitoren, met als doel inzicht te krijgen in de opzet, implementatie en ervaringen (succes- en faalfactoren) van de negen proeftuinen. Daarnaast is het doel om zicht te krijgen in de ontwikkelingen van de proeftuinen ten aanzien van gezondheid van de populatie en de kwaliteit en kosten van de zorg.

Eerdere publicaties vanuit de LMP

- Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA (2014). Landelijke Monitor Populatiemanagement. Deel 1: Eerste beschrijving proeftuinen. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Heijink R, Drewes HW, Struijs JN, Baan CA (2014). Landelijke Monitor Populatiemanagement. Deel 2: Ontwerprapport. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA (2015). Samen werken aan duurzame zorg. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Vries E de, Struijs JN, Heijink R, Hendriks RJP, Baan CA (2016). Are low-value care measures up to the task? A systematic review of the literature. BMC Health Services Research, 16(1): 405.

- Drewes HW, Struijs JN, Baan CA (2016). How the Netherlands is integrating health and community services. Verkregen van NEJM Catalyst, via <http://catalyst.nejm.org/netherlands-integrating-health-community-services/>
- Hendriks RJP, Drewes HW, Spreeuwenberg M, Ruwaard D, Struijs JN, Baan CA (2016). Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. Health Policy, 120(5): 471-485.
- Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, Baan CA, Struijs JN (2016). Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. Population Health Management, 20(1): 74-85.
- Steenkamer BM, Drewes HW, Baan CA, Oers JAM van, Putters K (ingediend voor publicatie). Summing up complexity: a context-mechanism-outcome framework to cross-link public health, health care, social care and welfare.

Eerstvolgende rapport LMP

Het RIVM zal eind 2018 een uitgebreide evaluatie van de eerste vijf jaar van de proeftuinen publiceren.



Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

April 2017

Auteurs:

*Hanneke Drewes, Natascha van Vooren, Jeroen Struijs,
Betty Steenkamer, Yvette Buist, Eline de Vries en Caroline Baan*

Contact:

*Hanneke Drewes, RIVM, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg
030 274 2718 | hanneke.drewes@rivm.nl*

De zorg voor morgen begint vandaag