



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

# IZA-deelmonitor

## Naar meer regionale samenwerking Nulmeting



**IZA-deelmonitor**  
**Naar meer regionale samenwerking Nulmeting**

RIVM-briefrapport 2024-0093

## Colofon

© RIVM 2024

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2024-0093

B. Keij (projectleider), RIVM  
M. Vugts (auteur), RIVM  
N. van Vooren (auteur), RIVM  
Z. Scheefhals (auteur), RIVM  
P. Reckman (auteur), RIVM

Contact:  
Brigitta Keij  
regionalesamenwerking@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van VWS in het kader van de Mid-term review van het Integraal Zorg Akkoord (IZA).

Dit is een uitgave van:  
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**  
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
Nederland  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

### **IZA-deelmonitor**

#### **Naar meer regionale samenwerking Nulmeting**

Eind 2022 hebben 14 partijen het Integraal Zorgakkoord (IZA) ondertekend om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. De partijen hebben daarin onder andere afgesproken om meer te gaan samenwerken in de regio. Dit geldt voor samenwerking tussen verschillende onderdelen van de zorg, zoals de huisarts, het ziekenhuis en de thuiszorg. Maar ook voor samenwerking tussen medische zorg en sociale ondersteuning, bijvoorbeeld vanuit gemeenten.

Voor het IZA monitort het RIVM hoe dit onderwerp zich tot 2027 ontwikkelt. Deze nulmeting laat zien hoe de regionale samenwerking er in Nederland in aanloop naar 2024 voorstond. Er wordt gekeken of de juiste zorg op de juist plek wordt gegeven en of gemeenten goed met elkaar en andere organisaties samenwerken. Ook wordt in kaart gebracht of het medische en het sociale domein goed samenwerken en hoever de regio's zijn in de ontwikkeling van hun samenwerkingsverbanden.

Op basis van deze nulmeting kan nog niet bepaald worden of de juiste zorg altijd op de juist plek wordt gegeven. Er zijn nu nog weinig gegevens over hoe vaak zorgverleners uit verschillende onderdelen van de zorg naar elkaar doorverwijzen. En hoe vaak dat tussen medische zorg en sociale ondersteuning gebeurt. Ook zijn er nog weinig gegevens over het aantal mensen dat gebruikmaakt van verschillende vormen van ondersteuning vanuit gemeenten, zoals maatschappelijk werk.

Het RIVM verwacht in 2025 wel meer inzicht te kunnen geven in de samenwerking met en tussen gemeenten. Daarvoor komen gegevens beschikbaar uit ander onderzoek van het RIVM naar het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

De samenwerkingsverbanden vinden zelf dat zij hun doelen redelijk (score 3 uit 5) bereiken. Deze 5 doelen zijn: hogere kwaliteit van zorg en ondersteuning, betere gezondheid van inwoners, lagere (zorg)kosten, meer werkplezier voor zorgverleners, gelijkheid tussen inwoners in zorg en ondersteuning. De monitor gebruikt deze doelen als maat voor het succes van de samenwerking.

Het is nu nog niet mogelijk om aan te geven hoever de IZA-regio's zijn in de ontwikkeling van hun samenwerking. Het RIVM verzamelt in 2024 gegevens hierover, en zal hierover in 2025 rapporteren.

Kernwoorden: IZA, regionale samenwerking, medische zorg, sociaal domein, gemeenten, JZOJP, samenwerkingsverbanden, GALA, Quintuple Aim, IZA-regio's



## Synopsis

### **IZA submonitor**

#### **Towards more regional collaboration Baseline measurement**

In late 2022, 14 parties signed the Integral Care Agreement (IZA) to keep healthcare effective, accessible and affordable. Among other things, the parties agreed on more collaboration within the regions. This applies to collaboration between different parts of the healthcare system, such as GPs, hospitals and home care, as well as to collaboration between medical care and social care, for example by municipalities.

For the benefit of the Integrated Care Agreement, RIVM will monitor how this regional collaboration develops up to 2027. This baseline measurement will show what regional collaboration was like in the Netherlands in the run-up to 2024. It aims to take into account whether the right care was provided at the right place and it will also identify whether the medical and social domains collaborate effectively and to what extent the regions have developed their partnerships.

This baseline measurement will not yet provide a basis for determining whether the right care is always provided at the right place. We currently have insufficient data on how often care providers from different parts of the care system refer patients to each other and how often patients are referred between medical care and social care. We also have insufficient data on the numbers of people using different forms of support provided by municipalities, such as social work.

RIVM does expect to be able to provide more insight into the collaboration with and between municipalities by 2025. Data from a different monitor by RIVM into the Healthy and Active Living Agreement (GALA) will become available for this.

The partnerships themselves believe they are doing reasonably well, (score of 3 out of 5) in reaching their goals. These 5 goals are as follows: higher quality of care and support, better health of residents, lower care and other costs, greater job satisfaction for care providers, equality for residents in care and support. The monitor will use these goals to measure the success of the collaboration.

It is not yet possible to indicate how much progress the IZA regions have made in developing their collaboration. RIVM will collect data on this in 2024 and issue a report in 2025.

Keywords: Integrated Care Agreement (IZA), regional collaboration, medical care, social care, municipalities, Right care in the Right Place (JZOJP), partnerships, Healthy and Active Living Agreement (GALA), Quintuple Aim, IZA regions





## Inhoudsopgave

### Samenvatting – 9

#### 1 Inleiding – 11

- 1.1 Aanleiding Integraal Zorgakkoord (IZA) – 11
- 1.2 Monitoring algemeen (input, output, outcome) 11
- 1.3 Samenhang tussen de vijf 'bewegingsthema's' 12
- 1.4 Deelmonitor Regionale samenwerking 13
- 1.5 Leeswijzer 14

#### 2 Regionale samenwerking vanuit JZOJP-perspectief 15

- 2.1 Introductie 15
- 2.2 Nulmeting 16
  - 2.2.1 In-, door- en uitstroom (continuïteit) in de keten 16
  - 2.2.2 Integrale gezondheids-bevorderende strategieën 17
  - 2.2.3 Samenwerking over de domeinen heen 17
  - 2.2.4 Verhouding eerste- en tweedelijns behandelingen 18
  - 2.2.5 Uitgaven en kosten van zorg en ondersteuning per hoofd van de bevolking 19
- 2.3 Werkagenda 20

#### 3 Regionale samenwerking vanuit GALA-perspectief 21

- 3.1 Introductie 21
- 3.2 Nulmeting 22
- 3.3 Werkagenda 22

#### 4 Regionale samenwerking vanuit DSV-perspectief 23

- 4.1 Introductie 23
- 4.2 Nulmeting 25
  - 4.2.1 Netwerkeffectiviteit 25
  - 4.2.2 Verandering binnen deelnemende organisaties 26
  - 4.2.3 Juiste stakeholders 27
  - 4.2.4 Vertrouwen 28
  - 4.2.5 Samenwerkingscompetenties 29
  - 4.2.6 Betrokkenheid doelgroepen 30
  - 4.2.7 Bekostiging 31
  - 4.2.8 Financiering 32
  - 4.2.9 Leiderschap 33
  - 4.2.10 Governance 34

#### 5 Regionale samenwerking vanuit PHM-perspectief 37

- 5.1 Introductie 37
- 5.2 Nulmeting 40
- 5.3 Werkagenda 40

### Referenties 41

### Bijlage 1 Methodiek 43

### Bijlage 2 Gesproken partijen 44



## Samenvatting

Eind 2022 hebben 14 partijen het Integraal Zorgakkoord (IZA) ondertekend om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Om zicht te houden op resultaten die geboekt worden of juist uitblijven, en om te zien waar meer, minder of andere inzet nodig is, zal de voortgang vanuit het IZA gemonitord worden in drie perspectieven: proces (input), beweging (output) en doelgroepen (outcome).

Dit briefrapport betreft één van de vijf deelmonitors die worden ingezet om de beweging (output) van het IZA te monitoren. Voor de monitoring van de beweging zijn vijf thema's geselecteerd: passende zorg als norm, regionale samenwerking, concentratie en spreiding, hybride zorg, sterkere eerste lijn. Het RIVM is verzocht om de ontwikkeling van de *regionale samenwerking* in het kader van IZA te monitoren.

Het huidige briefrapport geeft de nulmeting van de deelmonitor regionale samenwerking weer. Deze nulmeting laat zien hoe de regionale samenwerking er in Nederland in aanloop naar 2024 voor stond. Dit wordt in kaart gebracht door naar regionale samenwerking te kijken vanuit vier perspectieven met elk hun eigen gegevensbronnen. Zo wordt gekeken naar regionale samenwerking in het kader van 'de juiste zorg op de juiste plek'. Ook wordt, met behulp van gegevensbronnen uit de GALA-monitor, in kaart gebracht in welke mate het medische en het sociale domein samenwerken. Verder wordt de ontwikkeling van respectievelijk domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden en samenwerking in de IZA-regio's gemonitord met behulp van een jaarlijkse vragenlijst.

In deze nulmeting wordt per perspectief beschreven welke indicatoren zijn geselecteerd, en worden de beschikbare cijfers per indicator weergegeven. Nog niet voor alle geselecteerde indicatoren is bij de nulmeting beschikbare data voorhanden. Er wordt binnen de monitor gewerkt met een groeiemodel. Dit betekent dat we uitgaan van data die nu al beschikbaar is, maar dat we toe kunnen groeien naar betere, relevante data. Hiervoor wordt telkens per perspectief een werkagenda opgesteld.

Op basis van deze nulmeting kan nog niet bepaald worden of de juiste zorg altijd op de juiste plek wordt gegeven. Er zijn nu nog weinig gegevens over hoe vaak zorgverleners uit verschillende onderdelen van de zorg naar elkaar doorverwijzen. En hoe vaak dat tussen medische zorg en sociale ondersteuning gebeurt. Ook zijn er nog weinig gegevens over het aantal mensen dat gebruikmaakt van verschillende vormen van ondersteuning vanuit gemeenten, zoals maatschappelijk werk.

Het tweede perspectief van de deelmonitor, samenwerking tussen sociaal en medisch domein, is gebaseerd op gegevensbronnen van de GALA-monitor welke ook wordt uitgevoerd door het RIVM. Deze gegevens zijn voor deze nulmeting nog niet beschikbaar. Het RIVM verwacht in 2025 wel meer inzicht te kunnen geven in de samenwerking met en tussen gemeenten.

De nulmeting van de ontwikkeling van de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden is gebaseerd op een vragenlijst die in 2023 onder de programma managers van ruim 100 samenwerkingsverbanden is uitgezet. Programma managers van deze samenwerkingsverbanden vinden zelf dat zij de zogenaamde *Quintuple Aim* doelen redelijk (score 3 uit 5) bereiken. Deze doelen zijn: hogere kwaliteit van zorg en ondersteuning, betere gezondheid van inwoners, lagere (zorg)kosten, meer werkplezier voor zorgverleners, gelijkheid tussen inwoners in zorg en ondersteuning. De monitor gebruikt deze doelen als maat voor het succes van de samenwerking.

Het is nu nog niet mogelijk om aan te geven hoever de IZA-regio's zijn in de ontwikkeling van hun samenwerking. Het RIVM verzamelt in 2024 gegevens hierover, en zal hierover in 2025 rapporteren.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding Integraal Zorgakkoord (IZA)

Ons gezondheidssysteme staat onder druk. Doordat mensen steeds ouder worden en het aantal mensen met chronische ziekten toeneemt, neemt de zorgvraag niet alleen toe, maar wordt de zorgvraag ook anders (VTV, 2018). De zorgkosten stijgen, mede door deze veranderende zorgvraag, maar ook door technologische ontwikkelingen in de zorg (Lorenzoni, 2019; WHO, 2021). Bovendien is er een groeiend tekort aan zorgpersoneel (WHO, 2017). Het wordt dan ook steeds moeilijker om kwalitatief goede zorg te leveren die ook betaalbaar en toegankelijk is. Tegelijkertijd is er de vraag, of alles wat nu als 'zorg' geleverd wordt wel zorg is en moet zijn of om een andere vorm van ondersteuning vraagt. Er is verandering nodig: een transformatie van het systeem naar een andere manier van werken waarin gezondheid centraal staat. Domeinoverstijgende (regionale) samenwerking wordt gezien als een van de kansen en ook als cruciaal om zorg te voorkomen, vervangen en verplaatsen waar nodig, en toe te werken naar een meer toekomstbestendig gezondheidssysteem en een zorgzame maatschappij. Het uiteindelijke doel is namelijk een gezonde(re) populatie. De transformatie waar hierboven over geschreven wordt is een langdurig en complex proces, waarbij we nog niet goed weten wat de volgende juiste stappen zijn. In deze processen is het leren en ontwikkelen erg belangrijk, continu reflecterend op de vraag: doen we wel het goede en wat levert het op voor mens en maatschappij? De huidige akkoorden, zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA), maar ook het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en de programma's Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ), kunnen gezien worden als onderdeel van deze grotere transformatie in zorg en ondersteuning.

## 1.2 Monitoring algemeen (input, output, outcome)

Om zicht te houden op resultaten die geboekt worden of juist uitblijven, en om te zien waar meer, minder of andere inzet nodig is, willen de IZA-partijen gezamenlijk een beeld hebben over de impact die wordt beoogd met het IZA. Daarom is in het IZA afgesproken om de voortgang vanuit drie perspectieven te volgen: proces (input), beweging (output) en doelgroepen (outcome). Het proces wordt meegenomen in de kwartaalrapportages van het IZA. Deze kwartaalrapportages bevatten stuurinformatie voor de bestuurlijke overleggen. De effecten van het IZA voor de specifieke doelgroepen worden in kaart gebracht door het Zorginstituut. Deze informatie is gepubliceerd op Regiobeeld.nl. Tot slot, hebben we met kennispartners veel energie gestopt in het opbouwen van een monitor om de 'beweging' te volgen die het IZA in gang zet. De basis voor deze monitor is inmiddels vormgegeven en deels gevuld met data. We lichten hieronder de laatste ontwikkelingen en de toekomstige ambitie toe van deze monitor.

### *Monitoring van de beweging IZA*

Met het monitoren van de beweging willen we zicht krijgen op de cruciale veranderingen in de zorg. Bij deze monitor ligt de focus op wat inspanningen vanuit het IZA opleveren (output) en in hoeverre deze inspanningen ons dichterbij onze (lange termijn-) doelen brengen van het IZA. Met andere woorden: zien we het beleid ook plaatsvinden in de praktijk? En brengt het ons dichterbij de beoogde doelen? Dit is anders dan de kwartaalrapportage die meer toeziet op input monitoring en de doelgroepenmonitor die zicht geeft op uitkomsten voor mensen met beperkingen respectievelijk (risico's op) bepaalde aandoeningen.

Voor de monitoring van de beweging zijn vijf thema's geselecteerd die gemonitord worden, te weten:

- a) Passende zorg als norm.
- b) Regionale samenwerking;
- c) Concentratie en spreiding;
- d) Hybride zorg;
- e) Sterkere eerste lijn.

## **1.3 Samenhang tussen de vijf 'bewegingsthema's'**

De deelmonitor 'Passende Zorg als norm' hangt als een paraplu boven de andere deelmonitors en geeft inzicht in de voornaamste trends en veranderingen aan de hand van de principes van Passende Zorg. Deze monitor wordt samengesteld door het Zorginstituut.

De trends en veranderingen vanuit passende zorg beslaan de volle breedte van de zorg. De effecten hiervan vertalen zich door op regionaal niveau. Het versterken en verbeteren van regionale samenwerking is hierbij cruciaal. Dit wordt inzichtelijk gemaakt in de huidige deelmonitor 'Regionale samenwerking', uitgevoerd door het RIVM.

De deelmonitors 'Concentratie en spreiding' (Nederlandse Zorgautoriteit) en 'Hybride zorg' (RIVM) zoomen in op twee instrumenten om de beweging naar passende zorg als norm te versnellen. De concentratie en spreiding van zorg en de plaats waar dit geleverd wordt (fysiek, digitaal, hybride), vloeit voort uit het Passende Zorg principe om zorg dichtbij als het kan en ver weg als het moet te leveren. Beide ontwikkelingen zijn van belang om passende zorg goede invulling te kunnen geven, maar zijn ook sterk afhankelijk van goede regionale samenwerking.

Het laatste stukje van de puzzel, om de veranderingen voortkomend uit het IZA te monitoren, ligt bij de deelmonitor 'Sterkere eerste lijn'. Deze monitor wordt samengesteld door het Nivel. Het belang van de transitie naar passende zorg in de eerste lijn is zeer groot en daarom is ervoor gekozen om hier een aparte deelmonitor op in te zetten. Hierin zullen, toegespitst op de eerste lijn, ten minste alle onderwerpen uit de vier andere deelmonitors terugkomen.

### *Voortgang en gebruik van de bewegingsmonitor*

De afgelopen periode zijn per thema voorstellen uitgewerkt in afstemming met de IZA-partijen. De volledige monitor zal in 2024 een eerste resultaat (nulmeting) opleveren. De monitoring van de beweging zal niet in één keer staan, maar zal in de loop van de tijd doorgroeien.

Ondertussen is ook duidelijk dat de beweging in kaart brengen op basis van beschikbare output-informatie een langer traject is en geen operationele bijsturinginformatie zal geven. Net als de effecten op doelgroepen zal het langere tijd duren voordat resultaten in data zichtbaar kunnen worden gemaakt. Ook heeft het uitgebreidere karakter van dit onderdeel meer tijd nodig om voor te bereiden met de monitoringsmakers en de IZA-partijen. De verwachting is dat vanaf de tweede helft van de looptijd van het IZA (2024) deze rapportage jaarlijks zal terugkomen als verdieping van de meer operationele kwartaalrapportage. Daarbij zien we ook de meerwaarde voor het gebruik van deze monitor voor mogelijke vervolgstappen na de looptijd van het IZA. Enerzijds omdat dit de belangrijkste bredere bewegingen in het zorg- en welzijnsveld inzichtelijk maakt, anderzijds kan de bewegingsmonitor die nu is opgebouwd bij volgende afspraken vanaf het begin worden gebruikt. Waarbij ook de expertise en geleerde lessen moeten worden gebruikt voor vervolgstappen over de eisen aan de monitoring. Het opbouwen van nieuwe monitoringsinstrumenten kost mogelijk disproportioneel veel tijd.

Bij de vormgeving van dit onderdeel houden we naast de diepere analyses van de beweging voor de thematafel ook rekening met een overstijgende weergave. Ook gezien de motie en behoefte van de Tweede Kamer om op basis van een vijftal kernindicatoren te komen tot een overzichtelijke weergave van de ontwikkeling van het IZA (Kst. 31 765, nr. 820). We denken hierbij aan een samenvatting van de 5 onderdelen van de beweging IZA monitor.

#### **1.4 Deelmonitor Regionale samenwerking**

Het doel van de IZA-monitor als geheel, en dus ook van dit onderdeel van de monitor, is dat het dienend moet zijn aan het werkveld zelf, aan de IZA-partijen en aan het BO-IZA. De informatie die via de monitor beschikbaar wordt gesteld moet deze partijen helpen in het bijsturen op de beoogde beweging. Als randvoorwaarden vanuit VWS hebben wij meegekregen dat er zoveel mogelijk gebruik moet worden gemaakt van bestaande data en dat we werken met een groeimodel. Dit betekent dat we uitgaan van data die nu al beschikbaar is, maar dat we toe kunnen groeien naar betere, relevante data.

Het doel van de monitor is dus om met beschikbare gegevens in kaart te brengen of de beweging van de grond komt. Deze bestaande data is niet altijd afdoende, bijvoorbeeld omdat veel data alleen het zorgdomein beslaat en niet het sociaal domein. Er zijn vanuit de wetenschap echter wel een aantal handvatten beschikbaar om regionale samenwerking te kunnen gaan monitoren. Deze handvatten komen momenteel nog wel vanuit verschillende perspectieven en gegevensbronnen, en er is nog geen consensus over een eenduidig perspectief op het monitoren van regionale samenwerking. Daarom stellen we in dit document als vertrekpunt vier verschillende perspectieven op regionale samenwerking voor met bijbehorende gegevensbronnen. Geen van deze perspectieven op zichzelf is volledig, maar tezamen geven ze een zo goed mogelijk beeld van de beweging. Daarnaast is er, gelukkig, ook overlap tussen de perspectieven. We zullen de komende jaren in een iteratief proces werken aan het convergeren naar een gezamenlijk, eensluidend

perspectief. Daarom stellen we ook steeds een werkagenda per perspectief voor in dit document. De voorgestelde perspectieven en gegevensbronnen zijn wetenschappelijk gezien goed onderbouwd, maar moeten in de praktijk gaan uitwijzen of ze ook voldoende dienend zijn aan het werkveld.

## 1.5 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken worden vier verschillende perspectieven op regionale samenwerking uiteengezet met een korte introductie, een overzicht van de indicatoren met bijbehorende data en een werkagenda. Het gaat om de volgende vier perspectieven met elk hun eigen gegevensbronnen:

1. **Regionale samenwerking vanuit JZOJP-perspectief** met daarin een selectie van indicatoren uit de basisset van de Lerende evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek, JZOJP (H.2),
2. **Regionale samenwerking vanuit GALA-perspectief** met daarin indicatoren zoals die worden gemeten in de Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)-monitor (H.3),
3. **Regionale samenwerking vanuit DSV-perspectief** met daarin indicatoren die zijn voortgekomen uit een jaarlijkse vragenlijst onder Domeinoverstijgende Samenwerkingsverbanden (DSV) voor zorg en gezondheid (H.4),
4. **Regionale samenwerking vanuit PHM-perspectief** met daarin indicatoren uit een tool die is gemaakt om de mate van transformatie van regionale samenwerkingen gericht op *Population Health Management* (PHM) in kaart te brengen, de *Maturity Index* (H.5).

Tot slot wordt er inzicht gegeven in de methoden achter de gegevensbronnen en een overzicht van de partijen die we hebben gesproken tijdens de totstandkoming van de deelmonitor (Bijlagen 1 en 2).



## 2 Regionale samenwerking vanuit JZOJP-perspectief

### 2.1 Introductie

Sinds 2019 voert het RIVM de Lerende evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) uit. Onderdeel van dit project was een Delphi-studie om samen met het werkveld prioritering en consensus te bereiken over (kwantitatieve) indicatoren om de beweging JZOJP te monitoren (RIVM, 2023). De uitkomsten van deze Delphi-studie (2023) worden besproken in [dit rapport](#). In de tabel hieronder is een selectie van indicatoren uit de basisset van de Lerende evaluatie JZOJP gepresenteerd die raken aan het thema. Een van de hoofduitkomsten van de Delphi-studie was echter dat veel van de indicatoren waarvoor data beschikbaar is, niet toereikend zijn voor het meten van de beoogde beweging. Een belangrijk punt hierbij is dat de data zich beperken tot het zorgdomein en daarmee niet domeinoverstijgend zijn. In feite zijn bij alle indicatoren in de tabel kanttekeningen te plaatsen over de bruikbaarheid voor de IZA-monitor van de Beweging naar Meer regionale samenwerking. Desondanks presenteren we in deze eerste versie van de monitor wel data voor deze indicatoren als nulmeting. De beweging JZOJP is de voorloper van de door het IZA beoogde transformatie en daarom willen we dit perspectief als vertrekpunt wel meenemen in de monitor. In het bovengenoemde rapport over de Delphi-studie is ook een uitgebreide ontwikkelagenda opgenomen met gewenste indicatoren voor JZOJP door het werkveld. Deze ontwikkelagenda dient als uitgangspunt voor de werkagenda voor dit perspectief.

Tabel 1 Overzicht indicatoren

	Thema	Indicator	Bron	Nulmeting
1	In-, door- en uitstroom (continuïteit) in de keten	Aantal verkeerd bedprestaties voor patiënten die wachten op een plek in een verpleeghuis (totale kosten gedeeld door het maximaal tarief voor een ligdag maal 10.000 inwoners)	<a href="#">ZiNL</a> , Nza	Ja
2	Integrale gezondheidsbevorderende strategieën	Nieuwe indicator volgt uit onderzoeksactiviteiten 2024.	GALA-monitor, RIVM	Nee
3	Samenwerking over de domeinen heen	Percentage ziekenhuizen dat samenwerking voor JZOJP regionaal structureel organiseerde met alle belanghebbenden aan tafel, of; een coalitie van bereidwillige partijen	JuMP-scan ( <a href="#">nvz-ziekenhuizen.nl</a> ), <a href="#">NVZ</a>	Ja
4	Verhouding eerste- en tweedelijns behandelingen	Verhouding tussen het aantal declaraties per verzekerde binnen de huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg in	<a href="#">Vektis via zorgcijfers-databank (ZiNL)</a> .	Ja

	Thema	Indicator	Bron	Nulmeting
		vergelijking met de medisch specialistische zorg		
5	Uitgaven van zorg en ondersteuning per hoofd van de bevolking	Gemiddelde uitgaven (euro's) aan zorg en ondersteuning per persoon naar <i>domein</i> (sociaal domein versus geneeskundige en langdurige zorg)	<a href="#">CBS</a>	Ja

## 2.2 Nulmeting

### 2.2.1

*In-, door- en uitstroom (continuïteit) in de keten*

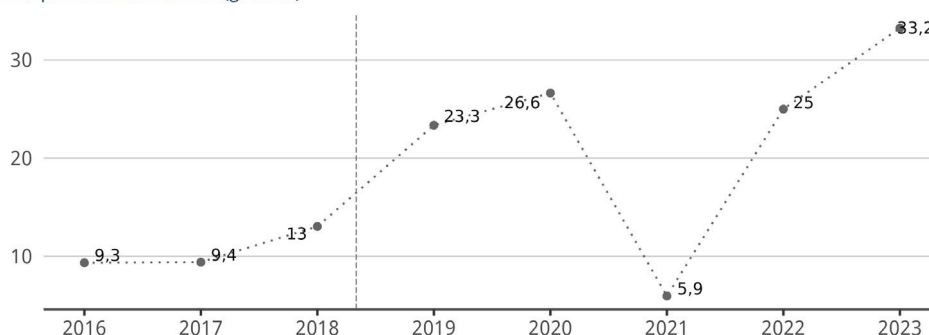
*Doelstelling*

Inzicht bieden in de mate van in-, door- en uitstroom (continuïteit) in ketens van zorg en ondersteuningsaanbod.

*Indicator*

Aantal gedeclareerde verkeerd bed-prestaties voor patiënten die wachten op een plek in een verpleeghuis (totale kosten gedeeld door het maximaal tarief voor een ligdag per 10.000 inwoners). Verkeerd bed: "Het noodgedwongen verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg na een opname in deze instelling, dat tot stand komt doordat er geen mogelijkheid is tot opname in een instelling die Wlz-zorg met verblijf biedt" (Overheid.nl, 2024a).

Aantal per 10.000 inwoners (geschat)



-- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZQJP

*Figuur 1 Aantal verkeerd bed-prestaties per 10.000 inwoners – jaarlijks - voor patiënten die wachten op een plek in een verpleeghuis per jaar.*

*Cijfers*

In de periode 2021-2023 nam dit cijfer toe van 5,9 tot 33,2.

*Toelichting*

In de periode 2021-2023 is een toename te zien van 27,3 gedeclareerde verkeerde bedden per 10.000 inwoners. Bij de interpretatie van deze cijfers dient rekening gehouden te worden met mogelijke invloed van de COVID-19 pandemie. De stijging van gedeclareerde verkeerde bedden kan ook beïnvloed zijn door ontwikkelingen in declaratiegedrag.

## 2.2.2 *Integrale gezondheids-bevorderende strategieën*

### *Doelstelling*

Inzicht geven in het aantal deelnemers aan integrale gezondheids-bevorderende strategieën.

### *Indicator*

Indicator wordt voor het eerst gevuld in de 1-meting (2025) met data uit 2024 verzameld in het kader van de GALA-monitor.

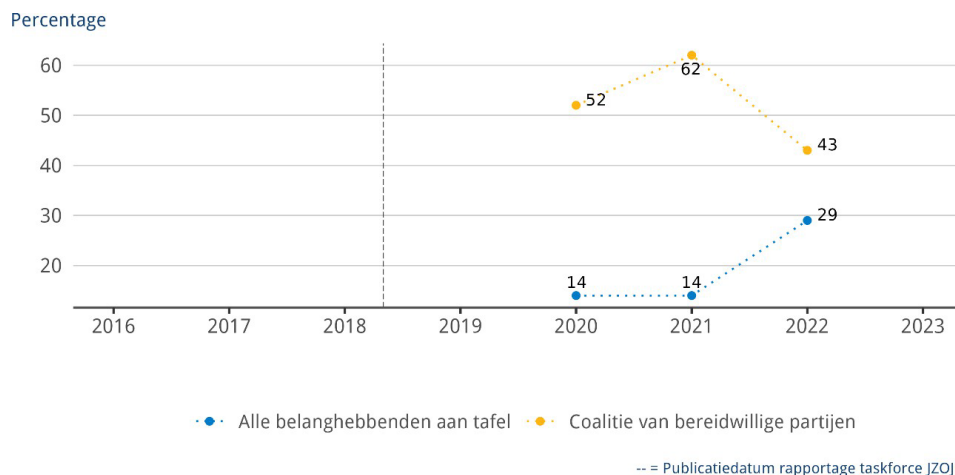
## 2.2.3 *Samenwerking over de domeinen heen*

### *Doelstelling*

Inzicht bieden in de mate van domeinoverstijgende samenwerking voor JZOJP-doeleinden.

### *Indicator*

Percentage ziekenhuizen dat de samenwerking voor JZOJP regionaal en structureel organiseerde met een coalitie van bereidwillige partijen of met alle belanghebbenden aan tafel. Deze indicator is tot 2022 beschikbaar gemaakt vanuit het programma Zorg voor JuMP (zie: [JuMP-scan, NVZ](#)).



*Figuur 2 Percentage ziekenhuizen – per jaar - dat de samenwerking voor JZOJP regionaal en structureel organiseerde met een coalitie van bereidwillige partijen of met alle belanghebbenden aan tafel.*

### *Cijfers*

In de periode 2021-2022 neemt het percentage ziekenhuizen dat structureel samenwerkte in de regio 'met alle belanghebbenden aan tafel' toe van 14 naar 29 procent. Het percentage 'met een coalitie van bereidwillige regiopartners' neemt af van 62 naar 43 procent.

### *Toelichting*

55 ziekenhuizen hebben in 2022 in de JUMP-scan van NVZ aangegeven in welke mate de samenwerking rond JZOJP in de regio structureel georganiseerd is. Deze vraag is ook gesteld in 2020 en 2021. De vraag is ingevuld met behulp van vier antwoord categorieën, namelijk: 1) ontmoeten in de regio maar (nog) geen gestructureerde samenwerking in kader van JZOJP, 2) bespreken hoe inrichting van regionale samenwerking aan JZOJP vorm moet krijgen, 3) met een aantal

regiopartners wordt gestructureerd samengewerkt aan JZOJP, 4) met alle relevante regiopartners wordt gestructureerd samengewerkt aan JZOJP.

In de figuur is een afname te zien van het percentage ziekenhuizen dat met een deel van de betrokkenen structureel (optie 3) werkt. Tegelijkertijd is er een toename te zien in het aantal ziekenhuizen dat in de regio werkt met alle relevante regiopartners (optie 4).

Deze indicator geeft een beeld over de mate van samenwerking vanuit ziekenhuizen. Er is echter nog geen indicator beschikbaar die de mate van domeinoverstijgende samenwerking weergeeft.

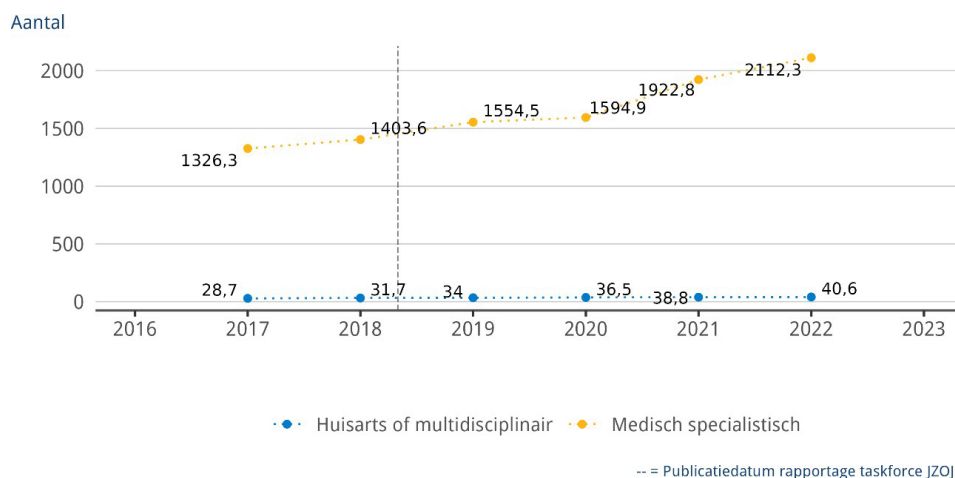
#### 2.2.4 Verhouding eerste- en tweedelijns behandelingen Doelstelling

Het inzichtelijk maken van de substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn.

##### Indicator

Verhouding tussen het aantal declaraties per verzekerde binnen de huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg (eerste lijn) in vergelijking met de medisch specialistische zorg (tweede lijn).

Multidisciplinaire zorg: "Zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines in samenwerking met de patiënt in onderlinge samenhang zorg verlenen, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is" (Overheid.nl, 2024b).



Figuur 3 Aantal declaraties per verzekerde - per jaar - binnen de 'huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg' en binnen de 'medisch specialistische zorg'.

##### Cijfers

Het aantal declaraties per verzekerde binnen de huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg (eerste lijn) is 40,6 in 2022. Dit is 2% van het aantal declaraties voor de medisch specialistische zorg (tweede lijn) met 2112,3 declaraties in 2022. De verhouding was hiermee 1:52 in 2022. In 2021 was deze verhouding 1:50 (38,8/1922,8).

### Toelichting

De aantallen declaraties voor 2022 zijn voorlopig, omdat nog niet alle declaraties zijn verwerkt. Op basis van de beschikbare cijfers lijkt het aantal prestaties voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg in verhouding tot het aantal declaraties in de medisch specialistische zorg iets gedaald (1:50 in 2021). Een schatting voor 2023 en definitieve cijfers voor 2022 zullen beschikbaar zijn vanaf de 1-meting in 2025. Het is mogelijk dat deze indicator in de 1-meting vervangen zal worden door de kosten per verzekerde in plaats van het aantal declaraties per verzekerde. Deze indicator geeft nog geen volledig beeld van de gehele substitutie van tweede naar eerste lijn. Zo wordt de paramedische zorg en GGZ niet volledig meegenomen.

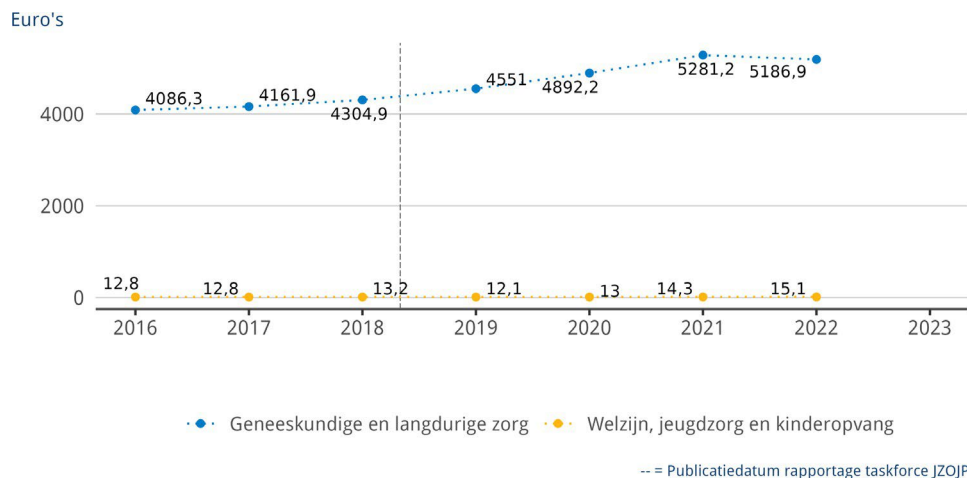
## 2.2.5 Uitgaven en kosten van zorg en ondersteuning per hoofd van de bevolking

### Doelstelling

Het inzichtelijk maken van verhoudingen tussen uitgaven binnen het sociale domein (welzijn, jeugdzorg en kinderopvang) ten opzichte van de uitgaven binnen het zorgdomein (geneeskundige en langdurige zorg).

### Indicator

Uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon naar domein: het sociale domein (welzijn, jeugdzorg en kinderopvang) en het zorgdomein (geneeskundige en langdurige zorg).



Figuur 4 Uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon – per jaar - in het sociale domein (welzijn, jeugdzorg en kinderopvang) en het zorgdomein (geneeskundige en langdurige zorg).

### Cijfers

Naar schatting werd in 2022 gemiddeld 15 euro per inwoner uitgegeven aan zorg en ondersteuning binnen het sociale domein. Binnen het zorgdomein was dit 5187 euro. De verhouding tussen uitgaven in het sociaal domein in verhouding tot het zorgdomein is hiermee in 2022 naar schatting 1:344. In 2021 was deze verhouding 1:369 (5281,2/14,3).

*Toelichting*

Hierbij zijn alle uitgaven meegenomen aan verstrekkers van kinderopvang, verstrekkers van jeugdzorg, internaten, sociaal-cultureel werk, verstrekkers van overige welzijn en maatschappelijke diensten (bijv. instellingen voor maatschappelijk werk en opvanghuizen). De uitgaven zijn gedeeld door het aantal inwoners van Nederland op 1 juni van het betreffende kalenderjaar. Het betreft uitgaven op basis van actuele, niet voor inflatie gecorrigeerde, prijzen. Deze uitgaven (per inwoner) zijn afgezet tegen de totale uitgaven (per inwoner) aan preventieve en acute medische zorg en onderzoek ter handhaving en herstel van de gezondheid van mensen, genees- en hulpmiddelen en ondersteunende diensten, behandeling/verpleging/verzorging/begeleiding en opvang voor patiënten die langdurig afhankelijk zijn van die zorgdiensten, verpleeghuis/verzorgingshuis- en thuiszorginstellingen, instellingen voor gehandicaptenzorg, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Alle meegenomen uitgaven vallen binnen de internationale definitie van gezondheidszorg: "alle activiteiten met als hoofddoel verbetering, handhaving en het voorkómen van verslechtering van de gezondheid van personen, en het beperken van de gevolgen van slechte gezondheid door toepassing van gekwalificeerde kennis van gezondheid."

**2.3 Werkagenda**

Verschillende acties zijn voorgenomen om de bovenstaande indicatoren aan te scherpen of uit te breiden. Ten eerste zal met ZiN worden afgestemd over het ontsluiten en met de benodigde zorgvuldigheid duiden van data over verkeerd-bed prestaties. Ten tweede zullen diverse mogelijkheden worden onderzocht om in het vervolg databronnen te combineren met het doel om tot meer domeinoverstijgende indicatoren te komen. Suggesties hiervoor zijn om overkoepelende beelden van actuele wachtlijst- en verwijzingsproblematiek binnen de diverse domeinen en sectoren te ontwikkelen, te kijken naar de inzet van (sector- of domeinoverstijgende) coördinatie van zorg, samenhang tussen gebruik van eerstelijns- of tweedelijnszorg en beperkingen in de verwijzing/doorstroom naar zorg thuis of binnen het sociaal domein. Een derde actiepoint is het maken van afspraken met NVZ rondom continuering data over structurele samenwerking door ziekenhuizen. Daarnaast wordt verkend hoe betrokkenheid bij structurele samenwerking ook in beeld kan worden gebracht voor organisaties uit andere sectoren en domeinen (bijv. de diverse achterbannen van IZA-partijen). De DSV-vragenlijst is hiervoor al een groot deel van de oplossing door een overkoepelend/gemeenschappelijk perspectief te nemen. Bovendien draagt deze vragenlijst niet alleen bij aan inzicht in hoeveel er wordt samengewerkt, maar ook hoe effectief dat gebeurt. Ten slotte zal gewerkt worden aan het uitbreiden en nader specificeren van indicatoren over het aandeel van diverse wijzen om zorg en ondersteuning te leveren, bekostigen en financieren (aantallen afgenomen diensten of declaraties en gemaakte uitgaven of kosten). Hierbij zal in afstemming met het SCP gekeken worden naar mogelijkheden om informele zorg mee te nemen. Bovendien zullen we (bijvoorbeeld i.s.m. VNG) kijken naar lokale en regionale variatie (bijv. gemiddelde gemeentelijke kosten per hoofd naar stelselwet en onderdelen daarvan, zoals typen maatwerkvoorziening en zorgsectoren).

### 3 Regionale samenwerking vanuit GALA-perspectief

#### 3.1 Introductie

Ongeveer tegelijkertijd met het IZA werd ook het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) gesloten. De opdracht voor de gehele monitoring van het GALA ligt bij het RIVM. Een deel van de huidige opzet van deze monitor is ook gericht op Meer regionale samenwerking, meer specifiek op domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur (H3G GALA): bouwstenen voor een regionale preventie-infrastructuur en de inrichting van vijf ketenaanpakken. Dit zijn de volgende vijf ketenaanpakken: Kansrijke Start (KS nationaal), Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI), Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG), Valpreventie en Welzijn op Recept (WoR). Er wordt zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek verricht voor de GALA-monitor. Voor dit onderdeel wordt gebruik gemaakt van kwantitatieve indicatoren zoals die worden gemeten in de GALA-monitor (zie tabel).

Tabel 2 Overzicht indicatoren

	<b>Thema</b>	<b>Indicator</b>	<b>Bron</b>	<b>Nul-meting</b>
5	Bouwstenen regionale preventie-infrastructuur (H3G GALA)	Aantal regio's met samenwerkingsafspraken over preventie (meerdere indicatoren conform criteria in H3G GALA)	GALA monitor	Nee
6	Ketenaanpakken en gecombineerd (H3G GALA)	Aantal gemeenten met een of meerdere ketenaanpakken (6a-6d)	GALA monitor	Nee
6a	Kansrijke start (KS)	Aantal gemeenten met een coalitie KS en gemeenten met een gezamenlijk plan van aanpak KS	GALA monitor	Nee
6b	Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)/Kind naar Gezond Gewicht (KnGG)	Aantal gemeenten met een ketenaanpak GLI/ KnGG	GALA monitor	Nee
6c	Valpreventie	Aantal gemeenten met een ketenaanpak valpreventie	GALA monitor	Nee
6d	Welzijn op Recept (WoR)	Aantal gemeenten met verbinding tussen medisch en sociaal domein (bijv. WoR)	GALA monitor	Nee

### **3.2 Nulmeting**

#### *Doelstelling*

Inzicht geven in het aantal regio's met samenwerkingsafspraken over preventie en het aantal gemeenten met een of meerdere ketenaanpakken.

#### *Indicatoren*

Deze indicatoren worden voor het eerst gevuld over 2024 als jaar van observatie op basis van de GALA-monitor. Deze cijfers zullen in Q3 van 24 gepresenteerd worden in GALA-monitor en worden meegenomen in de 1-meting van de IZA-monitor in Q2 2025.

### **3.3 Werkagenda**

Wanneer er uit de GALA-monitor andere, relevantere indicatoren beschikbaar komen, zullen de indicatoren hier worden aangepast. Het is ook mogelijk dat er gegevens vanuit kwalitatief onderzoek zullen worden toegevoegd.



## 4 Regionale samenwerking vanuit DSV-perspectief

### 4.1 Introductie

In 2023 is binnen de Lerende evaluatie JZOJP een DSV-vragenlijst uitgezet onder ruim 100 Domeinoverstijgende Samenwerkingsverbanden (DSV's). Een DSV is een verbintenis tussen drie of meer organisaties met een gedeelde ambitie om zorg en welzijn lokaal of regionaal te verbeteren. De deelnemende organisaties voeren activiteiten uit binnen minstens twee van de drie volgende domeinen, of (combinaties van) stelselwetten: het sociale domein (volgens de stelselwetten Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw), of Wet publieke gezondheid (Wpg)), de langdurige zorg (Wet langdurige zorg (Wlz)) en wettelijk basisverzekerde zorg (Zorgverzekeringswet (Zvw)). In deze vragenlijst zijn een aantal van de indicatoren die op de ontwikkelagenda van indicatoren voor JZOJP (H.2) staan geïncorporeerd en daarnaast een aantal van de randvoorwaardelijke leidende principes voor regionale samenwerking. Verder zijn er bijvoorbeeld vragen gesteld over governance-vormen en over ervaren netwerkeffectiviteit, zodat we uiteindelijk kunnen achterhalen welke factoren van invloed zijn op succesvolle regionale samenwerking. Hierin werkt het RIVM samen met de Universiteit Maastricht. De komende jaren zal deze vragenlijst verder verfijnd worden en jaarlijks worden uitgezet binnen de Lerende evaluatie Regionale samenwerking. Het vormt hiermee een mooie gegevensbron voor de IZA-monitor, ook in 2024-2026. Meer informatie over de DSV-vragenlijst is te vinden in Bijlage 1. Een beschrijving van de DSV's die deelnamen aan de vragenlijst zal ook beschikbaar zijn in het eindrapport van de lerende evaluatie JZOJP (RIVM, 2024).

Tabel 3 Overzicht indicatoren

	<b>Thema</b>	<b>Indicator</b>	<b>Bron</b>	<b>Nulmeting</b>
7	Netwerk-effectiviteit	Percentage DSV's dat zichzelf beoordeelt als (zeer) effectief in het bereiken van gezamenlijke gestelde doelen binnen één of meerdere categorieën van uitkomsten ( <i>Quintuple Aim</i> )	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja
8	Verandering binnen deelnemende organisaties	Percentage DSV's dat ervaart dat de deelnemende organisaties (zeer) veel veranderen in overeenstemming met de gezamenlijk ambities	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja
9	Juiste stakeholders	Percentage DSV's waarvan bepaalde organisatiesoorten deelnemer zijn	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja

	<b>Thema</b>	<b>Indicator</b>	<b>Bron</b>	<b>Nul-meting</b>
10	Vertrouwen	Percentage DSV's waarvan de netwerkmanager het consistent eens of zeer eens is met drie stellingen over vertrouwen in de partners binnen het samenwerkingsverband	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja
11	Samenwerkings-competenties	Gemiddelde score (1-5) op een gevalideerde schaal over de mate waarin deelnemende organisaties binnen DSV's benodigde samenwerkingscompetenties hebben (ontwikkeld).	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja
12	Betrokkenheid doelgroepen	Percentage DSV's waarin doelgroepen(vertegenwoordigers) betrokken zijn d.m.v. co-creatie van activiteiten of bestuurlijke medezeggenschap	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja
13	Bekostiging	Percentage DSV's waarin partijen bekostigingsafspraken maakten ter ondersteuning van het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-doelen door de betreffende partijen	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja
14	Financiering	Percentage DSV's waarin minstens twee betalers van zorg of ondersteuning (gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor) betrokken zijn en binnen de wettelijke kaders onderlinge afspraken hebben gemaakt over het gezamenlijk financieren van domeinoverstijgende DSV-activiteiten	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja
15	Leiderschap	Gemiddelde score op een gevalideerde schaal over de effectiviteit van het leiderschap	DSV-vragenlijst, RIVM	Ja
16	<i>Governance</i>	Percentage kleine versus grote DSV's (acht of minder	DSV-vragen-	Ja

	Thema	Indicator	Bron	Nulmeting
		of meer dan acht deelnemende organisaties) dat wel versus geen gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing heeft vormgegeven	lijst, RIVM	

## 4.2 Nulmeting

### 4.2.1 Netwerkeffectiviteit

#### Doelstelling

Beschrijven van de mate waarin binnen DSV's wordt *ervaren* samen effectief te zijn in het behalen van gemeenschappelijke doelen (binnen het kader van de *Quintuple Aims*, Nundy et al., 2022: kwaliteit, gezondheid, kosten, welbevinden professionals, sociaaleconomische gezondheidsverschillen).

#### Indicator

Percentage DSV's dat zichzelf beoordeelt als (zeer) effectief in het bereiken van gezamenlijke gestelde doelen binnen één of meerdere categorieën van uitkomsten (*Quintuple Aims*).

Eerst is programmamanagers gevraagd naar "Op welk van de onderstaande categorieën (zgn. *Quintuple Aims*) heeft uw DSV zichzelf concrete doelen gesteld?". Vervolgens is voor elk van de van toepassing zijnde uitkomstencategorie gevraagd "Hoe effectief vindt u dat uw DSV tot op heden is geweest in het bereiken van de gestelde doelen op deze gebieden?". De antwoorden konden gegeven worden op een schaal van 1: 'helemaal niet effectief' tot 5: 'extreem effectief'. De indicator richt zich op het percentage DSV's waarbij de antwoordopties 'zeer effectief' (4) of 'extreem effectief' (5) gekozen zijn.

#### Cijfers

Het percentage DSV's waarvan de programmamanagers – in het najaar van 2023 - het eigen DSV als 'zeer effectief' (4) of 'extreem effectief' (5) beoordeelde was:

- **34** procent bij het thema kwaliteit van zorg en ondersteuning (n=53);
- **16** procent bij volksgezondheidsuitkomsten (n=56);
- **26** procent bij kosten (n=47);
- **24** procent bij welzijn van professionals (n=54), en;
- **10** procent bij sociaaleconomische gezondheidsverschillen (n=31).

#### Toelichting

Toegepaste vraagstelling is ontwikkeld, omdat een gevalideerde vragenlijst om ervaren netwerkeffectiviteit te meten vooralsnog ontbreekt. Tussen de items die op de verschillende uitkomsten categorieën betrekking hebben is er een sterke correlatie, waaruit

geconcludeerd kan worden dat ze allemaal betrouwbare indicaties bieden voor ervaren netwerkeffectiviteit. Desondanks kunnen de items niet eenvoudig worden gecombineerd – bijvoorbeeld door het berekenen van het itemgemiddelde - tot één schaalscore voor ervaren netwerkeffectiviteit. Verschillende netwerken hebben immers beoordeeld met oog op verschillende categorieën van uitkomsten.

#### 4.2.2 *Verandering binnen deelnemende organisaties*

##### *Doelstelling*

Deze indicator beoogt ervaringen te beschrijven over de mate van verandering in deelnemende organisaties gedurende het bestaan van DSV's. Hierbij gaat het om veranderingen die overeenstemmen met de gezamenlijke ambities van de DSV's.

##### *Indicator*

Percentage DSV's waarvan de programmamanager ervaart dat de deelnemende organisaties (zeer) veel veranderen in overeenstemming met de gezamenlijk ambities.

Dit percentage is berekend op basis van de volgende vraag aan programmamanagers: "Sinds de start van uw DSV, hoeveel verandering in overeenstemming met de gestelde doelen ervaart u dat er heeft plaatsgevonden op de onderstaande gebieden?". De gebieden waarvoor gescoord werd, waren: 1) strategische plannen of 2) de uitvoering daarvan, 3) in het aanbod of de diensten, 4) de personeelsbezetting, 5) het bestuur en 6) de missie of visie. We berekenden één overkoepelend percentage per DSV als het afgeronde gemiddelde van de zes scores over verandering in elk van de hiervoor beschreven gebieden (beoordeeld op een schaal van 1: 'geen of zeer weinig' tot en met 5: 'zeer veel' verandering). Het percentage dat we hier presenteren heeft betrekking op het aantal DSV's met een afgeronde gemiddelde score van 4 ('veel') of 5 ('zeer veel').

##### *Cijfers*

Het percentage DSV's (binnen de 103 deelnemende DSV's) waarvan de programmamanager ervaart dat de deelnemende organisaties (zeer) veel veranderen in overeenstemming met de gezamenlijk ambities is **34,8%** (in 2023).

Bij geen enkele DSV was het afgeronde gemiddelde een 5 of een 1. Verandering in deelnemende organisaties overeenstemmend met DSV-ambities is door programmamanagers het vaakst (door 47,8%) beoordeeld als 'matig'. 'Weinig' verandering werd gezien door 17,4% van de programmamanagers.

##### *Toelichting*

Dit cijfer is gebaseerd op een eerder in wetenschappelijk onderzoek toegepaste antwoordschaal (Hearld et al., 2012).

## 4.2.3

*Juiste stakeholders**Doelstelling*

Het doel van deze indicator is te kunnen zien in hoeverre diverse soorten mogelijke stakeholders, zoals organisaties uit verschillende domeinen en sectoren, daadwerkelijk betrokken zijn bij domeinoverstijgende regionale samenwerkingsverbanden.

*Indicator*

Percentage DSV's waaraan bepaalde organisatiesoorten deelnemer zijn.

*Cijfers*

Het betreffende cijfer per organisatiesoort staat in het onderstaande overzicht.

<b>Soort organisatie</b>	<b>Draagt bij aan de ambities bij ...% van de deelnemende DSV's</b>	<b>Lid van het bestuur of stuurgroep in ...% van de deelnemende DSV's</b>
Huisarts	<b>85,4</b>	<b>55,3</b>
Gemeenten	<b>83,5</b>	<b>52,4</b>
Wijkverpleging/zorg aan huis	<b>76,7</b>	<b>44,7</b>
Welzijnsorganisaties	<b>72,8</b>	<b>27,2</b>
Langdurige zorg	<b>69,9</b>	<b>42,7</b>
Ggz	<b>67</b>	<b>36,9</b>
Verpleeghuis	<b>67</b>	<b>43,7</b>
Zorgverzekeraars	<b>65</b>	<b>35,9</b>
Ziekenhuis (perifeer)	<b>60,2</b>	<b>42,7</b>
Sociaal werk	<b>56,3</b>	<b>16,5</b>
Kortdurende zorg	<b>54,4</b>	<b>24,3</b>
Paramedische zorg	<b>52,4</b>	<b>19,4</b>
Ggd	<b>51,5</b>	<b>26,2</b>
Inwonervertegenwoordiging	<b>42,7</b>	<b>11,7</b>
Netwerkorganisatie	<b>41,7</b>	<b>13,6</b>
Begeleiding dagelijks leven	<b>40,8</b>	<b>10,7</b>
Zorgkantoren	<b>39,8</b>	<b>21,4</b>
Mbo/Hbo	<b>38,8</b>	<b>10,7</b>
Patiëntvertegenwoordiging	<b>37,9</b>	<b>20,4</b>
Academische instelling/universiteit	<b>36,9</b>	<b>8,7</b>
Buurtsportcoaches	<b>35</b>	<b>1</b>
Apothekers/farmacie	<b>34</b>	<b>13,6</b>
Mantelzorg/vrijwilligers	<b>32</b>	<b>6,8</b>
Leefstijlcoaches	<b>31,1</b>	<b>1,9</b>
Jeugdzorg	<b>30,1</b>	<b>5,8</b>
Vrijwilligersorganisaties	<b>29,1</b>	<b>3,9</b>
Cliëntvertegenwoordiging	<b>28,2</b>	<b>11,7</b>
Woningcorporatie	<b>28,2</b>	<b>5,8</b>

<b>Soort organisatie</b>	<b>Draagt bij aan de ambities bij ...% van de deelnemende DSV's</b>	<b>Lid van het bestuur of stuurgroep in ...% van de deelnemende DSV's</b>
Belangenorganisaties	<b>27,2</b>	<b>5,8</b>
Ziekenhuis (academisch)	<b>21,4</b>	<b>11,7</b>
Sportorganisaties	<b>21,4</b>	<b>2,9</b>
Buurtvereniging	<b>20,4</b>	<b>2,9</b>
Medisch specialistisch bedrijf	<b>16,5</b>	<b>10,7</b>
Schuldhulpverleners	<b>15,5</b>	<b>3,9</b>
Combinatiefunctionarissen	<b>14,6</b>	<b>1</b>
Primair-/voortgezet onderwijs	<b>14,6</b>	<b>1,9</b>
Werkgevers	<b>11,7</b>	<b>3,9</b>
Kraamzorg	<b>8,7</b>	<b>2,9</b>
Zelfstandige kliniek	<b>6,8</b>	<b>1</b>
Winkel/detailhandel	<b>6,8</b>	<b>0</b>
Medische technologie	<b>4,9</b>	<b>1</b>
Niet-gouvernementele organisaties	<b>4,9</b>	<b>1</b>
Mondzorg	<b>1</b>	<b>0</b>
Vakbonden	<b>0</b>	<b>0</b>

#### *Toelichting*

In de vragenlijst is door programmamanagers aangekruist welke soorten organisaties:

1. Mede verantwoordelijkheid nemen voor het realiseren van de ambitie of het uitvoeren van activiteiten binnen het DSV en welke;
2. Vertegenwoordigd zijn in een stuurgroep of het bestuur van het DSV.

De eerste kolom betreft het percentage DSV's dat voor een organisatiesoort 1 of 2 heeft aangekruist. De tweede kolom betreft het percentage DSV's dat bij de organisatiesoort 2 heeft aangekruist.

#### 4.2.4

##### *Vertrouwen*

##### *Doelstelling*

Het doel van deze indicator is om zicht te krijgen op de mate van onderling vertrouwen tussen deelnemende partijen in regionale samenwerkingsverbanden. Vertrouwen blijkt uit onderzoek een belangrijke conditie, in combinatie met andere condities (zoals het aantal samenwerkende partners, eensgezindheid over doelen en netwerkaansturing) voor effectieve samenwerking (Van Vooren, et al., 2020; Provan & Kenis, 2008).

#### *Indicator*

Percentage DSV's waarvan de programmamanager het consistent eens of zeer eens is met drie stellingen over vertrouwen in de partners binnen het samenwerkingsverband.

#### *Cijfers*

Van **52 procent** van de deelnemende DSV's was de programmamanager het eens (score van 6) of volledig eens (score van 7) met elke uit drie voorgelegde stellingen over hoeveel vertrouwen zij ervaren in partijen binnen het samenwerkingsverband.

#### *Toelichting*

Met een aangepaste versie van de gevalideerde schaal van Simons & Peterson (2000) is aan programmamanagers gevraagd naar de welwillendheid, competentie en eerlijkheid van andere partijen in het samenwerkingsverband.

### 4.2.5 *Samenwerkingscompetenties*

#### *Doelstelling*

Netwerken van organisaties variëren in de mate waarin deelnemende organisaties afhankelijk van elkaar zijn om de gezamenlijke ambities en doelen te kunnen bereiken en variëren daarmee in de mate van behoefte aan competenties om effectief te kunnen opereren als één geheel (Provan & Kenis 2008). Het is aannemelijk dat deze behoefte groot is bij DSV's. Als partners in een samenwerkingsverband verschillende facetten van samenwerken beheersen, dan wordt ook wel gesproken van 'synergie'. Het doel van deze indicator is om inzicht te geven in de mate waarin deelnemende organisaties binnen DSV's benodigde samenwerkingscompetenties (partnerschaps-synergie) hebben ontwikkeld.

#### *Indicator*

Gemiddelde score (1-5) op een gevalideerde schaal over de mate waarin deelnemende organisaties binnen DSV's benodigde samenwerkingscompetenties hebben (ontwikkeld).

#### *Cijfers*

De gemiddelde schaalscore van de beoordelingen van partnerschaps-synergie binnen het DSV door programmamanagers was **3,47** op een schaal van 1 tot en met 5.

Onderstaande figuur toont de gemiddelde scores die gegeven zijn door programmamanagers voor elk van de zeven stellingen over de mate waarin deelnemende organisaties binnen DSV's benodigde samenwerkingscompetenties hebben ontwikkeld (van 1: helemaal niet goed tot en met 5: extreem goed).



### Toelichting

Om samenwerkingscompetenties, ofwel *partnership synergy* te meten is gebruik gemaakt van de gevalideerde schaal van Cramm et al (2011). Aan programmamanagers is zeven keer een vraag gesteld in de vorm van: "Door samen te werken, in hoeverre zijn deze deelnemers in staat om...?" aangevuld met:

- 1) Diverse manieren vinden om problemen op te lossen;
- 2) Rekening te houden met de standpunten en prioriteiten van de mensen die beïnvloed worden door de samenwerking;
- 3) Doelen te stellen die breed begrepen en ondersteund worden door de deelnemers;
- 4) Te beantwoorden aan de behoeften en problemen van de populatie;
- 5) Strategieën te implementeren die waarschijnlijk het beste werken voor de populatie;
- 6) Hulp te verkrijgen van individuen en organisaties in de gemeenschap die ofwel de plannen kunnen tegenhouden of kunnen helpen deze vooruit te brengen;
- 7) Veelomvattende activiteiten uit te voeren waarbij meerdere diensten, programma's worden verbonden?

Elk item werd beoordeeld op een schaal van 1: helemaal niet goed tot en met 5: extreem goed. De schaalscore per DSV werd berekend door het gemiddelde te nemen van de zeven scores. De indicatorscore is de gemiddelde schaalscore voor alle deelnemende DSV's samen.

#### 4.2.6 *Betrokkenheid doelgroepen*

##### *Doelstelling*

Met deze indicator zoomen we in op een aspect van regionale samenwerking dat belangrijk is voor het *organiseren* van zorg die werkelijk *passend* is voor de gebruiker, namelijk het dusdanig betrekken van doelgroepen (inwoners, cliënten of patiënten) dat zij volwaardig partner zijn en mede richting geven bij het ontwerpen van zorg en ondersteuningsprocessen ('co-creatie') en bij beleidsontwikkeling



('bestuurlijke medezeggenschap'). Dit heeft te maken, maar is dus net iets anders dan 'samen beslissen', ofwel inspraak van patiënten (of cliënten) bij de *uitvoering* van zorg (of ondersteuning) (Ocloo & Matthews, 2016).

#### *Indicator*

Percentage DSV's waarin doelgroepen (vertegenwoordigers) betrokken zijn d.m.v. co-creatie van activiteiten of bestuurlijke medezeggenschap. Programmamangers beantwoordden de vraag: "Op welke wijze worden inwoners, cliënten, of patiënten betrokken in het DSV?". Alle antwoordopties zijn te zien in de bovenstaande figuur. Co-creatie en bestuurlijke medezeggenschap zijn uitgelicht als zijnde de 'hoogste trede op een ladder van participatie'.

#### *Cijfers*

Co-creatie vindt volgens programmamangers plaats in **51,5 procent** van de DSV's en bestuurlijke medezeggenschap in **22,2 procent** van de DSV's. Onderstaand figuur toont de percentages van DSV's waarin (vertegenwoordigers van) doelgroepen op verschillende manieren betrokken zijn in het DSV.



De antwoordopties zijn gebaseerd op wetenschappelijke literatuur over niveaus van participatie van inwoners in gezondheidsbeleid (De Weger et al., 2022).

#### 4.2.7

##### *Bekostiging*

##### *Doelstelling*

Een belangrijke belemmering voor – het door middel van samenwerking – komen tot passende zorg (Juiste Zorg Op de Juiste Plek) is de 'volumeprykkkel' die uitgaat van (jaarlijkse) 'fee-for-service' bekostigingsafspraken: de meest gebruikte vorm van bekostiging van zorg (Van Vooren, 2020; RIVM, 2022; Cattel et al., 2023). Mogelijke oplossingen hiervoor zijn 1) om ook op organisatie-overstijgende prestaties (bijvoorbeeld zorgcoördinatie) een volumeprykkkel toe te passen met nieuwe (experimentele) betaaltitels, 2) meerjarige contracten die ruimte bieden voor hervormingen binnen organisaties die

tijd kosten, 3) de volumeprikkel te verminderen of weg te nemen met behulp van alternatieve bekostigingsmodellen (zoals betalen naar uitkomst, shared-savings, bundelbekostiging, of populatiebekostiging), of een combinatie van deze oplossingen. Belangrijk voor het wegnemen van belemmeringen voor het gezamenlijk organiseren van passende zorg is dat het nemen van verantwoordelijkheid voor een samenwerkingsverband als geheel ook vanuit financieel oogpunt gefaciliteerd, of in elk geval minder of niet ontmoedigd, wordt.

#### *Indicator*

Percentage DSV's waarin partijen bekostigingsafspraken maakten ter ondersteuning van het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-doelen door de betreffende partijen.

Dit cijfer is afgeleid uit een gecombineerde vraag naar diverse onderwerpen waarover mogelijk (bilateraal) afspraken gemaakt zijn binnen het DSV. Hierbij is gekeken naar de antwoorden die aangekruist zijn bij de antwoordoptie "afspraken over financieel risico ter bevordering van verandering van zorg- of ondersteuningsaanbod in lijn met DSV ambities". De antwoordopties waren 'afwezig', 'informeel', 'formeel', of 'weet ik niet'.

#### *Cijfers*

**41 procent** van de netwerk- of programmanagers gaven aan dat er binnen het eigen DSV enige (**14,6% informeel** en **26,0% formeel**) afspraken zijn gemaakt om te faciliteren dat partijen financiële verantwoordelijkheid nemen voor gezamenlijke doelen. 'Weet ik niet' werd aangekruist door 14,6% van de DSV's en 'afwezig' door 44,8%.

#### *Toelichting*

Zestien van de 23 DSV's die in een vervolgvraag nader toelichting gaven over de aard van de gemaakte *formele* afspraken binnen het DSV kruisten één van de bovengenoemde oplossingsrichtingen aan: 1) bij 2 van de 16 was sprake van nieuwe betaaltitels, 2) 7 van de 16 noemden meerjarencontracten en 3) 8 van de 16 verklaarde alternatieve bekostiging toe te passen.

### 4.2.8

#### *Financiering*

##### *Doelstelling*

Het doel van deze indicator is om een indruk te krijgen van de mate waarin DSV's ervaren werkbare oplossingen te vinden om hun activiteiten structureel te financieren. Zorg en ondersteuning worden gefinancierd vanuit de verschillende stelselwetten: de Wmo/Jw (beheerd door de gemeente), de Wlz (beheerd door zorgkantoren) en de Zvw (beheerd door de zorgverzekeraar). Om die reden ontstaat bij het streven naar een passend geïntegreerd aanbod van zorg en ondersteuning (zoals DSV's veelal doen) vaak de vraag welke (deel)activiteit vanuit welk budget betaald kan worden. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van een 'wrong pocket' probleem: een bepaalde vorm van zorg of ondersteuning vereist uitgaven vanuit het ene stelsel

en bespaart relatief veel uitgaven binnen een ander stelsel. Oplossingen hiervoor betreffen afspraken om financiële middelen, tussen twee of meerdere gemeenten, zorgverzekeraars, of zorgkantoren, 'uit te wisselen'. De afspraak kan gaan over: 1) het doen van een financiële bijdrage en 2) het ontvangen van een deel van gerealiseerde besparingen door de gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor volgens de regels waaraan ieder gebonden is.

#### *Indicator*

Percentage DSV's waarin minstens twee betalers van zorg of ondersteuning (gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor) betrokken zijn en binnen de wettelijke kaders onderlinge afspraken hebben gemaakt over het gezamenlijk financieren van domeinoverstijgende DSV-activiteiten. Zie 'toelichting' voor de gebruikte vraagstelling.

#### *Cijfers*

Uitwisseling van middelen tussen twee betalers werd gerapporteerd tussen:

- Gemeenten en zorgverzekeraars (bij **6%** van alle deelnemende DSV's en bij **11%** van de 53 DSV's waarin beide deelnamen);
- Zorgverzekeraars en zorgkantoren (bij **5%** van alle deelnemende DSV's en bij **14,7%** van de 34 DSV's waarin beide deelnamen);
- Gemeenten en zorgkantoren (bij **3%** van alle deelnemende DSV's en bij **9%** van de 34 DSV's waarin beide deelnamen).

#### *Toelichting*

Aan DSV's waarvoor is aangegeven dat minstens twee van de drie soorten betalers van zorg en ondersteuning (gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor) medeverantwoordelijkheid nemen voor de ambities of bijdragen aan de uitvoering van activiteiten van het DSV is gevraagd "Kunt u aangeven, indien van toepassing, hoe structureel er in enige vorm en verhouding sprake is van uitwisseling van financiële middelen tussen de betreffende betalers van zorg en ondersteuning? Onder uitwisseling van financiële middelen verstaan we elke vorm van: 1) cofinanciering voor het betalen van of investeren in zorg- of ondersteuningsaanbod of 2) verdeling van gerealiseerde besparingen". Voor elke combinatie van twee betrokken betalers werd een stelling gegeven in de vorm van "er is sprake van uitwisseling van financiële middelen door betaler A en betaler B"; de stellingen konden worden beantwoord met: 'dit is niet gebeurd', 'dit gebeurt incidenteel', 'dit gebeurt structureel', of 'dit gebeurt nooit'. Opvallend bij deze vraag was dat 32 tot 44 procent van de programmamanagers antwoordde met 'weet ik niet'.

#### 4.2.9

##### *Leiderschap*

##### *Doelstelling*

Het doel van deze indicator is om te bepalen in hoeverre er binnen DSV's sprake is van een effectieve invulling van de leiderschapsrol, passend bij doelgerichte inter-organisatorische samenwerking aan verbetering van integrale zorg en welzijn. Leiderschap is, bijvoorbeeld

naast vertrouwen, samenwerkingscompetenties en (netwerk-) governance een belangrijke en vaak benoemde factor in de wetenschappelijke literatuur voor het succes van samenwerkingsverbanden in deze context (Cramm et al, 2011; Peeters, et al., 2023).

#### *Indicator*

Gemiddelde score op een gevalideerde schaal over de effectiviteit van het leiderschap.

#### *Cijfers*

De gemiddelde schaalscore (1-5) over de mate waarin mensen met een (in)formele leiderschapsrol volgens de programmamanager daarin effectief optraden binnen het DSV was een **3,6**.

#### *Toelichting*

Programmamanagers werden volgens een gevalideerde schaal gevraagd naar hun beoordeling van het leiderschap binnen het DSV (op een schaal van 1: 'helemaal niet goed' tot en met 5: 'extreem goed'): "Denk aan alle mensen die zowel formeel als informeel leiderschap bieden in uw DSV (Cramm, et al., 2011). Wilt u de totale effectiviteit van het leiderschap in uw DSV beoordelen op de onderstaande vier gebieden". Deze vier gebieden betroffen: 1) verantwoordelijkheid nemen, 2) motiveren, 3) faciliteren van betrokkenen en 4) aantrekken van nieuwe partijen in het DSV. De schaalscore per DSV betreft het afgeronde gemiddelde over deze vier stellingen. Bij 65 procent van de deelnemende DSV's correspondeerde de schaalscore met 'heel goed' of 'extreem goed'.

#### 4.2.10

#### *Governance*

##### *Doelstelling*

Het doel van deze indicator is om een indruk te geven van hoe (goed) DSV's de *governance* van het samenwerkingsverband als geheel weten in te richten; iets wezenlijk anders dan *governance* binnen zelfstandige organisaties. Op basis van de wetenschappelijke literatuur zijn er drie hoofdtypen van netwerk-*governance* te onderscheiden: 1) zelf-aangestuurde netwerken en de centraal aangestuurde vormen van 2) leiderorganisatie-netwerken en 3) netwerken aangestuurd door een specifiek daarvoor aangewezen (onafhankelijke) persoon of entiteit (Provan & Kenis 2008). Welke vorm van netwerk-*governance* geschikt is hangt af van omstandigheden waaronder de grootte van het netwerk in termen van het aantal deelnemende organisaties. Hierbij geldt, onder andere, dat aansturing door de partners van het netwerk gezamenlijk geschikt is om dynamisch in te kunnen spelen op de behoeften van alle organisaties binnen een klein netwerk. Wanneer het netwerk groter wordt, bijvoorbeeld meer dan 8 deelnemende organisaties, dan zou aansturing door alle deelnemende organisaties inefficiënt kunnen worden. Kortom, het doel van de indicator is om inrichting van netwerk *governance* bij verschillende groottes van DSV's te beschrijven ter reflectie; zonder daaraan een strikte norm te koppelen.

*Indicator*

Percentage kleine versus grote DSV's (acht of minder vs. meer dan acht deelnemende organisaties) dat wel en niet een gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing heeft.

*Cijfers*

<i>Vorm van aansturing van het DSV als geheel</i>	<i>Acht of minder deelnemende organisaties</i>	<i>Meer dan acht deelnemende organisaties</i>
<i>Gecentraliseerd: een specifieke hiertoe opgerichte entiteit stuurt het netwerk aan</i>	22,7	21,9
<i>Gecentraliseerd: één van de deelnemende organisaties stuurt het netwerk aan</i>	9,1	9,6
<b><i>Totaal van gecentraliseerde vormen</i></b>	<b>31,8</b>	<b>31,5</b>
<i>Vertegenwoordigers van deelnemende organisaties sturen het netwerk samen aan (niet-gecentraliseerd)</i>	<b>59,1</b>	<b>61,6</b>
<i>Anders/weet ik niet</i>	9,1	6,8

*Toelichting*

Aan programmamanagers is de volgende vraag gesteld: "Welke van onderstaande opties beschrijft de *governance*-structuur van uw DSV het beste?". De mogelijke antwoordopties staan in de linker kolom van de tabel hierboven (m.u.v. 'Totaal gecentraliseerd'). De vraag is geïntroduceerd met figuren die elk van de drie verschillende vormen van netwerk-*governance* uit de literatuur nader beschrijven.

### 4.3 Werkagenda

Dit vragenlijstonderzoek was in het eerste jaar (najaar 2023) gericht op deelname van DSV's uit verschillende gebieden in Nederland. Het is niet mogelijk om vast te stellen of de 103 deelnemende DSV's volledig representatief zijn voor alle DSV's in Nederland. Daarom wordt (jaarlijks) een beschrijving gegeven dan de deelnemende samenwerkingsverbanden in het betreffende jaar, of van de DSV's waarvan de indicatoren over meerdere jaren heen zijn bepaald. In het vervolg kan de focus van dit vragenlijstonderzoek worden verbreed naar doelgerichte netwerken voor zorg of welzijn die binnen het zorgdomein of sociaal domein actief zijn. Een eerste aanzet hiertoe wordt momenteel al in gang gezet door de opschaling van een regionale Samenwerkingsverkenner voor dit type netwerken op nationale schaal.



## 5 Regionale samenwerking vanuit PHM-perspectief

### 5.1 Introductie

Een van de hoofdvragen als het gaat om het thema Meer regionale samenwerking i.h.k.v. het IZA en de beoogde transformatie van zorg naar gezondheid is hoe ver regio's eigenlijk zijn met deze transformatie. Vanuit Population Health Management (PHM)-perspectief ligt er sinds begin 2024 een voorstel om deze 'volwassenheid' in kaart te brengen, de Maturity Index. Met PHM wordt hier een aanpak om de gezondheid en het welzijn van een bepaalde populatie (in een bepaalde regio) te verbeteren bedoeld. De Maturity Index is opgebouwd uit de zes elementen van PHM met daarbij 15-20 items waarop gescoord kan worden (van Ede, et al., 2024). Deze zes elementen en een klein deel van de bijbehorende items staan (ter illustratie) in de tabel hieronder beschreven. Het idee is dat voor elk item gescoord wordt in welke mate het aanwezig is in de regio op een schaal van 1 (helemaal niet aanwezig) tot 9 (volledig aanwezig). Hiermee kan inzicht worden verkregen in waar in de transformatie een bepaalde regio staat en waar de sterktes en zwaktes van een regio liggen binnen de zes elementen. Voor het invullen van deze indicatoren wordt een nieuwe dataverzameling opgezet, in een samenwerking tussen het RIVM en het LUMC, door middel van integratie in de DSV-vragenlijst die in het najaar van 2024 opnieuw wordt uitgezet.

Tabel 4 Overzicht indicatoren

	<b>Thema (element van PHM)</b>	<b>Indicatoren (ter illustratie, niet uitputtend)</b>	<b>Bron</b>	<b>Nulmeting</b>
17	Verantwoordelijke regionale organisatie	Gecombineerde score op basis van items over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eenduidige regionale organisatie (netwerk) met de meest betrokken organisaties.</li> <li>• Inspirerende gedeelde gedragen visie.</li> <li>• Transparante regionale besluitvormingsstructuur.</li> <li>• Borging van de beslissingsmacht van de betrokken partners in de regionale besluitvormingsstructuur.</li> <li>• Visionair leiderschap zichtbaar aanwezig binnen de regionale organisatie.</li> </ul>	Maturity index, LUMC i.s.m. RIVM	Nee
18	Domein-overstijgend business model	Gecombineerde score op basis van items over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitigerende maatregelen om financiële risico's van alle</li> </ul>	Maturity index, LUMC	Nee

	<b>Thema (element van PHM)</b>	<b>Indicatoren (ter illustratie, niet uitputtend)</b>	<b>Bron</b>	<b>Nul-meting</b>
		betrokken partijen te beperken. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedrijfsleven dat zichtbaar bijdraagt aan de ambitie van de regio.</li> <li>• Een overzichtelijke regio met voldoende schaalgrootte.</li> <li>• Het fundament van de businesscase is de behoefte van de populatie.</li> <li>• Een van de doelstellingen van de businesscase is verhoogde patiënttevredenheid.</li> </ul>	ism RIVM	
19	Geïntegreerde data-infrastructuur	Gecombineerde score op basis van items over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkelen van een informatiesysteem over domeinen heen.</li> <li>• Vooraf investeren om een geïntegreerde data-infrastructuur te realiseren.</li> <li>• Een gedeelde visie op het belang van een data-infrastructuur.</li> <li>• Bereidheid van stakeholders om te investeren in tijd, geld en training om een geïntegreerde data-infrastructuur in te richten.</li> <li>• Stakeholders staan open voor het delen van data.</li> </ul>	Maturity index, LUMC ism RIVM	Nee
20	Mede-ontwikkelen met professionals en inwoners	Gecombineerde score op basis van items over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-creatie met professionals en inwoners om te komen tot het beste model voor verandering.</li> <li>• Top-down én bottom-up aanpak.</li> <li>• Vertrouwen in de co-creatie van inwoners en professionals.</li> <li>• Eigenaarschap bij de lokale partijen (inwoners en professionals).</li> <li>• Regie bij de lokale partijen (bewoners en professionals).</li> </ul>	Maturity index, LUMC ism RIVM	Nee



	<b>Thema (element van PHM)</b>	<b>Indicatoren (ter illustratie, niet uitputtend)</b>	<b>Bron</b>	<b>Nulmeting</b>
21	Gebruik van populatie-gezondheidsdata toepassingen	Gecombineerde score op basis van items over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het gebruik van data voor het uitvoeren van populatie segmentatie.</li> <li>• Het gebruik van data voor het uitvoeren van risico stratificatie.</li> <li>• Het gebruik van data analyse ontwikkelt inzicht in de behoefte van zorggebruikers.</li> <li>• Data analyse zorgt voor onderbouwing van het portfolio van interventies.</li> <li>• Data drijft <i>evidence based</i>- en <i>best practices</i>-besluitvorming.</li> </ul>	Maturity index, LUMC ism RIVM	Nee
22	Emergente implementatiestrategieën	Gecombineerde score op basis van items over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioriteit ligt op een brede strategie die zowel hervormingen van de gezondheidszorg omvat als inspanningen die verder gaan dan individuele sociale diensten.</li> <li>• Zorg dragen voor een omgeving waarin geleerd wordt.</li> <li>• Gebruik geleerde lessen om de strategie continue te blijven verbeteren.</li> <li>• Deel ervaringen in een lerend netwerk van vergelijkbare initiatieven.</li> <li>• Waar mogelijkheden zich voordoen, over de domeinen heen organiseren van inzet van mensen en middelen.</li> </ul>	Maturity index, LUMC ism RIVM	Nee

## **5.2 Nulmeting**

### *Doelstelling*

Met deze indicatoren kan inzicht worden verkregen in de mate van transformatie binnen regio's, en waar de sterktes en zwaktes van regio's liggen binnen de zes elementen van PHM.

### *Indicatoren*

Deze indicatoren zijn nog niet opgenomen in de huidige nulmeting en worden voor het eerst gevuld in 2024 voor de 1-meting in Q2 2025.

## **5.3 Werkagenda**

Er bestaat een zekere overlap tussen de PHM-elementen en bijbehorende items en de indicatoren vanuit de DSV-vragenlijst. Het is een uitdaging deze perspectieven de komende jaren dichterbij elkaar te brengen. Tegelijkertijd zal het ook inspanning vragen om bovenstaande *Maturity Index* in te laten vullen door regio's, maar als het lukt, kan dit wel van toegevoegde waarde zijn om inzicht te krijgen in waar de regio's staan in de transformatie.

## Referenties

Cattel et al. (2023). Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren. Rotterdam/Den Haag: ESHPM, Health Campus Den Haag en Expertisecentrum BUNDLE.

Cramm, J. M., Strating, M. M., & Nieboer, A. P. (2011). Development and validation of a short version of the Partnership Self-Assessment Tool (PSAT) among professionals in Dutch disease-management partnerships. *BMC research notes*, 4(1), 1-8.

De Weger, E., Drewes, H. W., Van Vooren, N. J., Luijkx, K. G., & Baan, C. A. (2022). Engaging citizens in local health policymaking. A realist explorative case-study. *Plos one*, 17(3), e0265404.

Hearld, L. R., Alexander, J. A., & Mittler, J. N. (2012). Fostering change within organizational participants of multisectoral health care alliances. *Health Care Management Review*, 37(3), 267-279.

Lorenzoni L., Marino A., Morgan D. & James C. (2019). *Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology*. Paris: OECD Publishing.

Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *Jama*, 327(6), 521-522.

Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ quality & safety*, 25(8), 626-632.

Overheid.nl (2024a). Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2018. Geraadpleegd op 01-05-2024, via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040314/2018-01-01>

Overheid.nl (2024b). Regeling multidisciplinaire zorg. Geraadpleegd op 01-05-2024, via [https://wetten.overheid.nl/BWBR0039832/2018-01-01#:~:text=1.2%20Multidisciplinaire%20\(eerstelijns\)zorg%3A,waarvan%20huisartsenzorg%20een%20onderdeel%20is.](https://wetten.overheid.nl/BWBR0039832/2018-01-01#:~:text=1.2%20Multidisciplinaire%20(eerstelijns)zorg%3A,waarvan%20huisartsenzorg%20een%20onderdeel%20is.)

Peeters, R., Westra, D., van Raak, A. J., & Ruwaard, D. (2023). So happy together: a review of the literature on the determinants of effectiveness of purpose-oriented networks in health care. *Medical Care Research and Review*, 80(3), 266-282.

Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018).  
Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Een gezond vooruitzicht.  
Bilthoven: RIVM. Rapport nr: 2018-0030.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2022). Update  
lerende evaluatie 2021: waar staan we met JZOJP? Bilthoven: RIVM.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2023). Indicatoren  
om de verandering naar de Juiste Zorg Op de Juiste Plek te volgen: een  
Delphi-studie. Bilthoven: RIVM.

Simons, T. L., & Peterson, R. S. (2000). Task conflict and relationship  
conflict in top management teams: the pivotal role of intragroup trust.  
*Journal of applied psychology*, 85(1), 102.

van Ede, A. F. T. M., Stein, K. V., & Bruijnzeels, M. A. (2024).  
Assembling a population health management maturity index using a  
Delphi method. *BMC Health Services Research*, 24(1), 110.

Van Vooren, N. J. E., Steenkamer, B. M., Baan, C. A., & Drewes, H. W.  
(2020). Transforming towards sustainable health and wellbeing  
systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine  
Dutch Population Health Management initiatives. *Health Policy*, 124(1),  
37-43.

WHO, World Health Organization (2017). Health workforce and labour  
market dynamics in OECD high-income countries: a synthesis of recent  
analyses and simulations of future supply and requirements. Geneva:  
WHO.

WHO, World Health Organization (2021). Global expenditure on health:  
public spending on the rise? Geneva: WHO.

## Bijlage 1 Methodiek

Relevante aanvullende informatie over de methoden voor het JZOJP-perspectief staan beschreven in de rapportage van het RIVM over een Delphi-onderzoek naar indicatoren voor Juiste Zorg Op de Juiste Plek (RIVM, 2023): <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2022-0122.pdf>.

De methoden achter het DSV-perspectief staan hier beschreven: [https://rivmnl.sharepoint.com/:u:/s/JZOJP/EUa32SOF2flLgMu\\_JwtDzmgBqcmRnvuZEAzWE76fR8oExA?e=UpVCF1](https://rivmnl.sharepoint.com/:u:/s/JZOJP/EUa32SOF2flLgMu_JwtDzmgBqcmRnvuZEAzWE76fR8oExA?e=UpVCF1)

## Bijlage 2 Gesproken partijen

<b>(IZA-)partijen</b>	<b>In thematafel Regionale Samenwerking en/of thematafel Monitoring</b>	<b>1-op-1 gesprek</b>
ActiZ	Ja	
De Nederlandse ggz	Ja	
Federatie Medisch Specialisten	Ja	
InEen	Ja	
Landelijke Huisartsen Vereniging	Ja	
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	Ja	
Nederlandse Zorgautoriteit	Ja	Ja
Patiëntenfederatie Nederland	Ja	
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	Ja	Ja
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	Ja	
Zelfstandige Klinieken Nederland	Ja	
Zorginstituut Nederland	Ja	
Zorgthuisnl	Ja	
Zorgverzekeraars Nederland	Ja	Ja
Ministerie van VWS	Ja	Ja



Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

mei 2024

**De zorg voor morgen  
begint vandaag**