


Experimenteren in de zorg

Een onderzoek naar shared savings in de
proeftuinen populatiemanagement als
netwerksamenwerkingen



Jonathan Carrillo

Erasmus Universiteit Rotterdam

Bestuurskunde – Publiek management

November 2018

Afstudeerscriptie Bestuurskunde

Auteur: Jonathan de Jesus Carrillo

Studentnummer: 403119

Opleiding: Bestuurskunde, Publiek Management

Onderwijsinstelling: Erasmus Universiteit Rotterdam

Studiejaar: 2017-2018

Eerste lezer: prof. dr. J.F.M. Koppenjan

Tweede lezer: dr. S.J. Keulen

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het resultaat van een onderzoek naar bekostiging en samenwerkingsverbanden in de zorg. Na bijna een jaar werken aan mijn scriptie kan dan eindelijk gezegd worden dat het af is. Met het afronden van dit rapport komt echter ook een einde aan mijn tijd als bestuurskunde student en begint mijn tijd als afgestudeerd bestuurskundige.

Ik neem hier de ruimte om in eerste plaats mijn begeleiders vanuit de Erasmus Universiteit Rotterdam te bedanken. Te beginnen wil ik de heer Koppenjan bedanken. Hij heeft gedurende het gehele proces steeds mijn teksten doorgenomen en deze van feedback voorzien. Steeds weer heeft hij me geduldig geholpen om een beter onderzoek af te leveren. Ook wil ik de heer Keulen bedanken voor zijn aanvullende feedback die verhelderend werkte en mij de kans gaf dit stuk bij te schaven.

Ik wil ten slotte nog mijn familie bedanken die gedurende het gehele scriptietraject steeds weer mijn steun en toeverlaat waren. Juist op die momenten dat ik het niet meer zag zitten, hielpen zij me er weer bovenop zodat ik het meeste uit mezelf kon halen.

Hiermee rond ik het voorwoord af en begint voor u het echte leeswerk. Veel leesplezier.

Jonathan Carrillo

Den Haag, november 2018

Samenvatting

Aanleiding

Er wordt in Nederland zoals in veel andere landen gezocht naar manieren om de sterk stijgende zorgkosten in te dammen. Alternatieve vormen om de zorg te bekostigen worden gezien als een potentiële hulpmiddel om hier aan te werken. Dit onderzoek richt zich op een van die alternatieve bekostigingsvormen namelijk shared savings. In een aantal regio's in Nederland is men aan de slag gegaan met vernieuwende samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties. Dit zijn de proeftuinen populatiemanagement. Shared savings heeft in een groot deel van de proeftuinen de interesse gewekt, maar het is niet overal gelukt om ook daadwerkelijk shared savings tot stand te brengen. Het is de vraag welke factoren hierbij een rol hebben gespeeld. Verder is weinig bekend over hoe het managen van deze nieuwe samenwerkingsverbanden samenhangt met het al dan niet tot stand komen van shared savings. Om het voorgaande te onderzoeken is de volgende vraag geformuleerd.

Wat zijn de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de totstandkoming van shared savings afspraken in de Nederlandse proeftuinen populatiemanagement en hoe hangt de wijze waarop de proeftuinen worden gemanaged hiermee samen?

Theorie

De zorg bestaat in de kern uit drie soorten actoren. De zorgaanbieder, de zorgvrager en de zorgfinancier. Dit is de zorgdriehoek. De zorg als markt wordt gekenmerkt door onzekerheid. Onzekerheid over het ziek worden van burgers, maar ook onzekerheid over behandelingen en het resultaat van die behandelingen.

Er bestaat als gevolg van die onzekerheden informatie asymmetrie tussen de verschillende actoren in de zorg met elk weer effecten die zich onder andere uiten in hogere zorgkosten. Een belangrijk gevolg van de informatie asymmetrie tussen zorgvrager en zorgaanbieder is de perverse prikkel die er in zorgstelsels met op volume gebaseerde productie van zorg bestaat om meer zorg dan nodig te leveren. De verzekeraar kan als inkoper van zorg een aandeel hebben in het verminderen van die zorg door scherp in te kopen.

Om de perverse prikkels in de zorg tegen te gaan kan alternatieve bekostiging geïmplementeerd worden. Eén van de verschillende vormen van alternatieve bekostiging is shared savings. Bij shared savings sluiten zorgaanbieders en zorgfinanciers in de vorm van verzekeraars contracten met elkaar waarbij het uitgangspunt is dat de zorgaanbieders gedurende een bepaalde periode minder kosten maken dan een afgesproken referentiepunt. Er wordt dikwijls gebruik gemaakt van een virtueel budget waarbinnen de kosten moeten blijven. Wat bespaard wordt wordt onder de betrokken partijen verdeeld.

Er zijn vier factoren die van invloed kunnen zijn op de totstandkoming van shared savings. Dit is de institutionele context waaronder wet- en regelgeving vallen, maar ook eventuele vormen van steun die de overheid biedt in de vorm van financiële middelen of flexibilisering van regulering. Ook een factor is de lokale context waaronder de kenmerken in de proef regio vallen zoals de complexiteit van de regio en de posities van de actoren, maar ook de perceptie die heerst op shared savings. Dan zijn er de contractkarakteristieken waaronder het ontwerp kenmerken van de shared savings vallen zoals verdelingen van winsten en interventies waar shared savings worden toegepast. Ten slotte is er dan nog netwerk governance waar de startcondities, het faciliterend leiderschap, het institutioneel ontwerp, de inrichting van de dialoog, de ontwikkeling van vertrouwen, de betrokkenheid bij het proces, het gedeeld begrip en de omgang met tussentijdse uitkomsten onder vallen.

Methode

Voor het onderzoek is een selectie gemaakt uit de negen proeftuinen van proeftuinen waar men met shared savings heeft gewerkt of waar in ieder geval plannen waren om met shared savings te werken. Hieruit zijn zes proeftuin voort gekomen die onderzocht zijn. De data is verzameld aan de hand van interviews met respondenten uit de proeftuinen en door de analyse van documenten en publicaties uit de proeftuinen en over de proeftuinen.

Resultaten

In drie van de zes proeftuinen zijn shared savings afspraken tot stand gekomen. De overige drie proeftuinen zijn uiteindelijk afgeweken van plan om aan shared savings te werken of hebben geen shared savings afspraken kunnen maken, terwijl dat wel de bedoeling was.

De institutionele context heeft een beperkend effect gehad voor de proeftuinen om te werken aan shared savings. Er was geen betaaltitel voor de shared savings als uitgave van verzekeraars wat betekende dat shared savings niet uitgekeerd konden worden onder de betrokken actoren. Belastingtechnisch was er een obstakel aangezien over shared savings BTW van 21 procent betaald moest worden wat shared savings minder aantrekkelijk maakte. Toch betekende de tegenwerkende institutionele context dus niet dat er niet met shared savngs gewerkt kon worden. Proeftuinen vonden manieren met gedeelde virtuele rekeningen om toch besparingen op te potten.

Bij de lokale context waren een tweetal aspecten van belang voor de totstandkoming van shared savings. Ten eerste speelde de concentratie van dominante actoren in de regio een wezenlijke rol bij de totstandkoming van shared savings. In een van de proeftuinen bleek het feit dat er twee dominante verzekeraars en drie dominante ziekenhuizen waren in plaats van één van elk zoals in de meeste andere proeftuinen fataal voor het slagen van shared savings. Ten tweede was de perceptie die actoren van te voren en gedurende het proces hadden van shared savings een belangrijke graadmeter in of er doorgezet werd in het proces van totstandkoming van shared savings.

Uit de contract karakteristieken kwam voort dat helder beschreven contracten waarin duidelijk beschreven stond wat gedaan zou worden in het geval shared savings zouden worden behaald, de verdeling ervan en de voorwaarden, veelal gepaard gingen met betere en uitvoerigere implementatie van shared savings afspraken. Er zijn verder aanwijzingen dat een betere informatie infrastructuur waarmee duidelijker is wat de effecten en de opbrengsten zijn van interventies een bevorderend effect heeft op de totstandkoming van shared savings.

Van netwerk governance is duidelijk geworden dat een sterke netwerk governance structuur die zoveel mogelijk voldoet aan de eisen voor optimale netwerk governance een positief effect heeft op de totstandkoming van shared savings. De belangrijkste elementen die als cruciaal werden beschouwd zijn het vertrouwen tussen actoren, een gedeelde en gedragen visie, en gezamenlijke kennisvinding. In de meest succesvolle proeftuinen was dit steeds in orde.

Conclusie

Als antwoord op de onderzoeksvraag kan gezegd worden dat de lokale context door de concentratie van dominante actoren in de regio en de perceptie van actoren op shared savings erg belangrijk is voor de totstandkoming van shared savings. Verder is het bewust en gestructureerd managen van het netwerk een belangrijke voorwaarde voor het slagen van shared savings afspraken.

Opvallende is dat uit het onderzoek voortkomt dat de factoren elkaar onderling vermoedelijk ook beïnvloeden. Zo zijn er tekenen dat de institutionele context ook invloed heeft op de lokale context door wet- en regelgeving die de perceptie van actoren kan kleuren. Ook lijkt netwerk governance invloed te hebben op de contract karakteristieken. Vervolgonderzoek zou hier meer licht op kunnen schijnen.

Aan beleidsmakers worden aanbevolen om in het vervolg bij soortgelijke experimenten te denken aan het verruimen van de institutionele speelruimte die gegeven wordt aan initiatieven. Een voorbeeld is het opstellen van regelvrije zones voor regio's waar geëxperimenteerd wordt. Ook moet in het vervolg meer nagedacht worden over mogelijkheden tot ondersteuning aan dit soort experimenten. Experimenteren in de zorg gaat dikwijls gepaard met hoge kosten in de vorm van geld en mankracht. In bepaalde gevallen kan ondersteuning in de vorm van financiële middelen de kans op succes aanzienlijk vergroten. Ten slotte moet in het geval serieus werken met shared savings of andere alternatieve bekostiging geambieerd wordt door beleidsmakers, dit institutioneel verankerd worden om proefregio's een werkkader te bieden, maar tegelijkertijd de flexibiliteit te bieden die nodig is om hierin te slagen.

Voor toekomstige proefregio's zelf geldt dat het belang van goed managen van het samenwerkingsproces niet onderschat moet worden en dat hier vol op moet worden ingezet eventueel door hulp van buitenaf in te schakelen. Als hier niet aan wordt voldaan kan een initiatief verzanden lege plannen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
Hoofdstuk 1. Inleiding.....	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Probleemstelling	12
1.3 Maatschappelijke relevantie	13
1.4 Wetenschappelijk relevantie.....	13
Hoofdstuk 2. Theoretisch Kader.....	15
2.1 Incentives en gedrag van zorgverleners	15
2.1.1 De zorgdriehoek	15
2.1.2 De zorg als markt.....	16
2.1.3 Onzekerheid in de zorg.....	17
2.1.4 De patiënt-arts relatie als principaal-agent relatie.....	17
2.1.5 Aanbod geïnduceerde vraag en incentives	17
2.1.6 De arts-verzekeraar relatie en informatieasymmetrie	18
2.1.7 De patiënt-verzekeraar relatie en informatie asymmetrie	19
2.2 Uitkomstbekostiging en shared savings in theorie.....	19
2.2.1 Triple Aim.....	20
2.2.2 Geïntegreerde zorg.....	20
2.2.3 Uitkomstbekostiging.....	21
2.2.4 Populatiebekostiging.....	23
2.2.5 Shared savings	23
2.3 Shared Savings in de praktijk.....	24
2.3.1 Shared Savings in de praktijk: Gesundes Kinzigtal.....	24
2.3.2 Shared Savings in de praktijk: Accountable Care Organizations	26
2.4 Factoren voor shared savings	27
2.4.1 Institutionele context.....	27
2.4.2 Lokale context.....	28
2.4.3 Contract karakteristieken.....	29
2.5 Governance Networks en Netwerk Governance.....	30
2.5.1 Governance	30
2.5.2 Governance als netwerk governance.....	30
2.5.3 Netwerken.....	31
2.5.4 Governance netwerken	32
2.5.5 Netwerk governance.....	33

2.6	Managen van netwerkprocessen	33
2.6.1	Collaborative governance.....	33
2.6.2	Startcondities	34
2.6.3	Faciliterend leiderschap.....	34
2.6.4	Institutioneel ontwerp.....	34
2.6.5	Het samenwerkingsproces	34
2.7	Conceptueel model.....	38
Hoofdstuk 3. Methodologische opzet		39
3.1	Onderzoekstrategie	39
3.2	Dataverzameling.....	40
3.2.1	Triangulatie	40
3.2.2	Diepte-interviews	40
3.2.3	Documentenanalyse.....	40
3.3	Selectie van cases en respondenten	41
3.3.1	Case selectie	41
3.3.2	Selectie van respondenten.....	43
3.4	Data-analyse.....	45
3.4.1	Vraaggesprekken.....	45
3.4.2	Documentatie.....	45
3.5	Kwaliteitscriteria.....	45
3.5.1	Betrouwbaarheid.....	45
3.5.2	Validiteit	46
3.6	Operationalisering	47
3.6.1	Totstandkoming van shared savings afspraken.....	47
3.6.2	Institutionele context.....	48
3.6.3	Lokale context.....	48
3.6.4	Contract karakteristieken.....	49
3.6.5	Netwerk governance.....	50
Hoofdstuk 4. Resultaten		53
4.1	Totstandkoming shared savings afspraken.....	53
4.2	Institutionele context.....	54
4.2.1	Wet- en regelgeving.....	54
4.2.2	Proeftuinstatus	55
4.2.3	Institutionele context en shared savings afspraken	57
4.3	Lokale context.....	58
4.3.1	MijnZorg.....	58
4.3.2	GoedLeven	58

4.3.3 Gezonde Zorg Gezonde Regio.....	59
4.3.4 Blauwe Zorg.....	59
4.3.5 Vitaal Vechtdal.....	60
4.3.6 Slimmer met Zorg	60
4.3.7 Lokale context en shared savings afspraken	60
4.4 Contract karakteristieken.....	62
4.4.1 MijnZorg.....	62
4.4.2 GoedLeven	64
4.4.3 Gezonde Zorg Gezonde Regio.....	65
4.4.4 Blauwe Zorg.....	65
4.4.5 Vitaal Vechtdal.....	66
4.4.6 Slimmer met Zorg	66
4.4.7 Contract karakteristieken en shared savings	66
4.5 Netwerk Governance.....	67
4.5.1 MijnZorg.....	67
4.5.2 GoedLeven	69
4.5.3 Gezonde Zorg Gezonde Regio.....	70
4.5.4 Blauwe Zorg.....	71
4.5.5 Vitaal Vechtdal.....	72
4.5.6 Slimmer met Zorg	73
4.5.7 Netwerk governance en shared savings	74
4.6 Onderaan de streep.....	75
Hoofdstuk 5. Conclusie	78
5.1 Samenvattend.....	78
5.2 Antwoorden op de onderzoeksvragen	79
5.3 Praktische relevantie en aanbevelingen	80
5.4 Theoretische bijdrage	81
5.5 Suggesties voor vervolgonderzoek	82
5.6 Beperkingen van en reflectie op het onderzoek.....	83
Literatuurlijst	84
Bijlages	90
Bijlage 1 Codeerschema	90
Bijlage 2 Topiclijst.....	91

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In de Kinzigtal regio in Duitsland lijken ze het recept voor succes gevonden te hebben. Het lukt zorgverzekeraars en zorgaanbieders in Kinzigtal sinds 2005 om de bekostiging van de zorg in te richten naar een vorm van shared savings (Noort, 2016). Het zorgverlenersnetwerk MQNK en zorgmanagement bureau OptiMedis hebben gezamenlijk vorm gegeven aan deze innovatieve wijze van contractering. Belangrijk is dat het ze gelukt is om twee grote zorgverzekeraars, goed voor 31.000 verzekerden in een regio die 60.000 inwoners telt, te overtuigen om een tienjarig contract aan te gaan op basis van shared savings. Het contract stelt dat in het geval de zorgkosten voor de verzekerde populatie minder snel stijgt dan de gemiddelde landelijke stijging voor een vergelijkbare populatie, de besparingen verdeeld worden onder MQNK, OptiMedis en de zorgverzekeraars. Zij investeren vervolgens het geld weer in inzet van zorgmedewerkers en verlagingen van verzekerde zorgkosten. Op deze manier proberen de actoren gezamenlijk aan de Triple Aim voor de populatie te voldoen. Dat wil zeggen betere kwaliteit van de zorg, betere gezondheid van de populatie en betere beheersing van zorgkosten (Berwick, Nolan & Whittington, 2008).

In Nederland wordt ook gezocht naar nieuwe innovatieve manieren om de zorg in te richten met het doel de kosten van de zorg beter te beheersen. Op verschillende plekken in het land slaan verzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en andere partijen in de zorg de handen ineen, op zoek naar vernieuwende manieren om het zorgsysteem op een duurzame manier in te richten. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in 2013 negen initiatieven aangewezen op voordracht van de zorgverzekeraars die tot proeftuin zijn benoemd (*Kamerstuk II, 32620, nr. 85, 2013*). In deze netwerken bestaande uit onder andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt geëxperimenteerd met nieuwe samenwerkingsverbanden, organisatiestructuren en alternatieve bekostigingsvormen (RIVM, 2014). Aan het RIVM de taak om de proeftuinen te monitoren in de periode 2013-2017. Naast het laten monitoren van de proeftuinen heeft de minister toegezegd een begeleidingsgroep te gaan opzetten. Het gaat hierbij om een platform waar de proeftuinen gezamenlijk allerlei ervaringen en knelpunten kunnen bespreken om van elkaar te leren. Verder nemen ook het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en het Zorginstituut Nederland deel aan het platform (*Kamerstuk II, 32620, nr. 85, 2013*).

Het uitgangspunt voor de proeftuinen is het organiseren van zorg in de buurt om de zelfredzaamheid van burgers te vergroten en de regie over eigen leven zoveel mogelijk te behouden. Dit betekent dat zorg zoveel als mogelijk dient te verschuiven van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste naar de nulde lijn. Basis generalistische zorg en zelfmanagement moeten ten volste gestimuleerd en benut worden alvorens gebruik wordt gemaakt van de significant

duurdere medisch specialistische zorg. Verder staat in de proeftuinen populatiemanagement centraal. Dit houdt in dat zorg en welzijn niet zozeer aanbod gestuurd werken, maar zich richten op de vragen en behoeftes van een specifieke groep mensen zoals de mensen in een bepaalde regio of mensen met een lagere sociaal economische status (RIVM, 2014).

Het raamwerk dat het ministerie hanteert als onderliggend doel dat verweven is met bovenstaande uitgangspunten en het instellen van de proeftuinen is de Triple Aim (RIVM, 2014). Zoals eerder vermeld staat de Triple Aim voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het verbeteren van de gezondheid van een populatie en het verlagen van de kosten of in ieder geval betere kostenbeheersing van zorg (Berwick et al., 2008). Het idee is dat door zorg meer in de buurt te gaan organiseren en de gezondheid van een populatie te managen in plaats van aanbod gestuurd te werken de zorg goedkoper kan worden ingericht met betere of minstens even goede kwaliteit en gezondheid tot resultaat.

Een belangrijk ambitie waarop de proeftuinen de intentie hadden te gaan inzetten in 2013 was het concept van shared savings. Vier jaar na dato blijkt dat hier echter weinig tot niets van terecht is gekomen (RIVM, 2017). Op enkele proeftuinen na waar op kleine schaal op farmaceutisch gebied shared savings contracten zijn afgesloten, blijkt er verder niet veel meer mee gedaan te zijn. In het begin heeft het bespreken van shared savings contracten de betrokken bestuurders zelfs gefrustreerd, aldus het RIVM (2017).

Los van shared savings hebben bestuurders in de proeftuinen aangegeven sturing en regie te missen en is de samenwerking en het onderlinge vertrouwen niet altijd optimaal geweest. shared savings vragen veel van de betrokken partijen. Het is dan ook de vraag of netwerk governance mogelijk een rol heeft gespeeld in de ontwikkeling van de resultaten op het gebied van shared savings in de proeftuinen.

1.2 Probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is naar aanleiding van het voorgaande om na te gaan wat de belangrijkste factoren zijn die van invloed zijn op de totstandkoming van shared savings in de zorg en te onderzoeken hoe netwerk governance in interorganisationele netwerken hiermee samenhangt. Door een combinatie van interviews, documentenanalyse en literatuuronderzoek wordt dan getracht bij te dragen aan de bestaande kennis over shared savings en de relatie met netwerk governance en netwerksamenwerking.

De vraag die hierbij centraal komt en waar een antwoord op zal worden gepoogd te vinden is de volgende:

Wat zijn de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de totstandkoming van shared savings afspraken in de Nederlandse proeftuinen populatiemanagement en hoe hangt de wijze waarop de proeftuinen worden gemanaged hiermee samen?

- I. Hoe ziet de shared savings systematiek eruit en wat voor relevante succes- en faalfactoren biedt de literatuur hierover?
- II. Welke inzichten biedt de literatuur met betrekking tot netwerk governance?
- III. In hoeverre zijn shared savings afspraken tot stand gekomen in de proeftuinen?
- IV. Wat is de invloed van de institutionele context op de totstandkoming van shared savings afspraken?
- V. Wat is de invloed van de lokale context op de totstandkoming van shared savings afspraken?
- VI. Wat is de invloed van shared savings contract karakteristieken op de totstandkoming van shared savings afspraken?
- VII. Wat is de invloed van netwerk governance op de totstandkoming van shared savings afspraken?

1.3 Maatschappelijke relevantie

De zorg kampt sinds lange tijd met zorgkosten die sneller groeien dan de economie in Nederland. Sinds 2013 is deze trend enigszins teruggedraaid en stijgt het Bruto Binnenlands Product weer harder dan de zorgkosten (CBS, 2017). Kostenbeheersing blijft echter een heet hangijzer voor de politiek en het bestuur. Initiatieven zoals de proeftuinen zijn belangrijke hulpmiddelen voor de minister van VWS om te kunnen zoeken naar nieuwe en betere manieren om de zorg in te richten. Shared Savings lijkt een veelbelovend alternatief voor de huidige prestatiebekostiging en een mooie aanloop naar uitkomstbekostiging, een belangrijk doel van de minister (*Kamerstuk II, 29248, nr. 255, 2013*). Gezien het innovatieve karakter van Shared Savings en het feit dat er nog maar weinig mee geëxperimenteerd is in Nederland, is onderzoek naar het onderwerp nodig. Met dit onderzoek wordt hopelijk een bijdrage geleverd aan de benodigde kennis voor het kwalitatief en beheersbaar houden van de zorg en bijbehorende kosten.

1.4 Wetenschappelijk relevantie

Netwerk governance en daaraan gerelateerde concepten hebben in de afgelopen decennia een enorme vlucht genomen, resulterend in een aanzienlijke hoeveelheid onderzoek in verschillende disciplines zoals de bestuurskunde (Agranoff & McGuire, 2003; Span, Luijkx, Schols & Schalk, 2012). De opkomst van het verschijnsel in de literatuur staat niet op zichzelf en spiegelt de wereldwijde proliferatie van het werken en sturen in netwerken door de overheden en publiek managers (O'Toole, 1997; McGuire, 2006). Het onderzoek gericht op netwerk governance heeft zich vooralsnog veelal gericht op het meer organizationele niveau (Provan, Fish & Sydow, 2007). Dat wil zeggen dat hoewel er wel degelijk gekeken wordt naar netwerken in de zin van sets van

organisaties die samenwerken, dit vaak gekarakteriseerd wordt door de dyadische relaties te onderzoeken van een organisatie met de anderen in het netwerk. Het netwerk wordt dan onderzocht als een verzameling aan dyadische relaties tussen verschillende actoren. Vaak ligt de focus hier ook bij op uitkomsten op het individuele organisatie of actor niveau. Onderzoek dat tracht een beeld te scheppen op het netwerk niveau dus van de relaties in het netwerk als geheel en de gevolgen ervan voor uitkomsten van het hele netwerk begint mondjesmaat toe te nemen. Toch is dit een nog een relatieve blinde vlek in de netwerk literatuur. Dit onderzoek richt zich juist op dat netwerkniveau en de uitkomsten die netwerken als geheel voortbrengen. De ambitie is dan ook om bij te kunnen dragen aan de kennis over netwerken als meer dan de som van afzonderlijke relaties om zo de mechanismen van dat soort samenwerkingsarrangementen beter te doorgronden.

Waar er op het gebied van netwerk governance literatuur al veel bekend is en geschreven over het concept, is dat op het gebied van alternatieve bekostiging zoals uitkomstbekostiging in de zorg nog relatief weinig bekend. In het buitenland wordt op sommige plekken steeds meer geëxperimenteerd waardoor een steeds beter beeld ontstaat van de mogelijkheden die er zijn op het gebied van bekostiging in de zorg (Eijkenaar, Van de Ven & Schut, 2012). In Nederland heeft deze ontwikkeling echter lange tijd op zich laten wachten. Nu wordt sinds enkele jaren ook in Nederland steeds meer de oplossing voor steeds uitdijende zorguitgaven gezocht in het 'ontschotten' van de zorg, wat inhoudt dat zorgaanbieders samen moeten gaan werken in plaats van langs elkaar, en in nieuwe bekostigingsvormen. Er is door de trage start van deze ontwikkeling in Nederland nog maar weinig bekend over de wijze waarop alternatieve bekostiging tot stand moet komen en de voorwaarden hiervoor in de Nederlandse zorgcontext. Wanneer hier wel kennis over te vinden is, gaat dit vaak over de vormgeving van het bekostigingsarrangement zelf, maar niet over de inrichting van de netwerksamenwerking die dikwijls voorafgaat aan een dergelijk bekostigingsmodel. Verder is nog weinig bekend in de literatuur over de factoren die van belang zijn bij shared saving in het specifiek omdat de nadruk nog voornamelijk ligt op andere vormen van alternatieve bekostiging. Met dit onderzoek zal geprobeerd worden om een begin te maken met het invullen van dat kennishiaat en om zo andere onderzoekers te inspireren of aan te zetten tot het onderzoeken van dit onderwerp.

Hoofdstuk 2. Theoretisch Kader

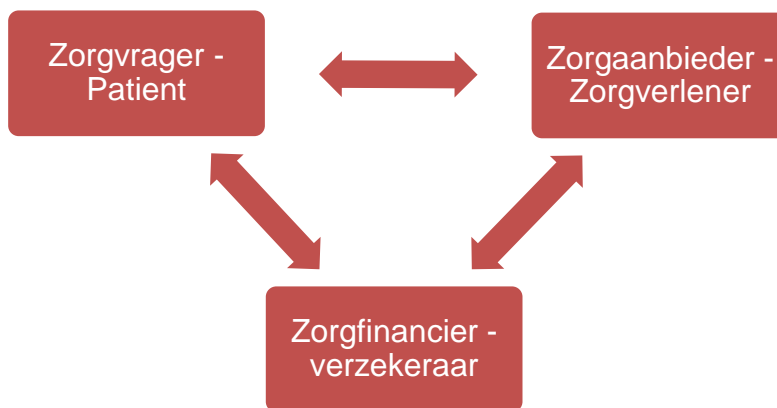
In dit hoofdstuk zullen de inzichten die de literatuur heeft opgeleverd met betrekking tot netwerk governance en shared savings uiteengezet worden. Om te beginnen wordt de economische rationale die ten grondslag ligt aan bekostigingssystemen in de zorg beschreven. Dan worden de relevante leerstukken uit de literatuur rond alternatieve bekostiging en shared savings uitgewerkt gevolgd door een bespreking van een tweetal casus gevonden in de literatuur. Dit wordt gevolgd door een bespreking van de factoren die tegen de totstandkoming van shared savings worden afgezet waaronder netwerk governance. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conceptueel model.

2.1 Incentives en gedrag van zorgverleners

Bepaalde karakteristieken van de gezondheidszorg maken dat het zich niet in termen van een reguliere markt laat besturen. Onder andere het gedrag van zorgaanbieders kan ongewenste gevolgen hebben indien niet in goede banen geleid. In deze paragraaf worden deze uitdagingen beschreven.

2.1.1 De zorgdriehoek

Het Nederlandse zorgstelsel is gebouwd rond drie centrale actoren. Het gaat hierbij om de aanbieder van zorg, de vrager van zorg en de financier van zorg (Mackenbach & Stronks, 2012). Dit geheel van partijen wordt de zorgdriehoek genoemd. In de zorgdriehoek is een complexe dynamiek zichtbaar die te maken heeft met de dubbele bril die iedere actor heeft. De patiënt is enerzijds zorgvrager en gebruiker in relatie tot de zorgaanbieder, anderzijds verzekerde in relatie tot de verzekeraar. Zo geldt ook voor de zorgaanbieder dat deze tegelijkertijd zorgverlener is voor de patiënt en ondernemer voor de verzekeraar. Ten slotte is de zorgfinancier in de Nederlandse context een verzekeraar die patiënten verzekert, maar ook de bekostiger van zorg die geleverd wordt door de zorgaanbieder. Deze drie actoren maken in de kern de zorgmarkt uit in Nederland. In figuur 1 zijn de relaties tussen de actoren grafisch weergegeven.



Figuur 1 Zorgdriehoek in Nederland

2.1.2 De zorg als markt

In economische theorie wordt doorgaans gebruik gemaakt van markt modellen wanneer prijzen van goederen en diensten in relatie worden gesteld tot zaken als vraag en aanbod. Het competitieve markt model stelt dat er een markt equilibrium bereikt wordt op het moment dat producenten en consumenten diensten aanbieden en kopen tegen door de markt bepaalde prijzen, en er evenveel vraag is naar de diensten als dat er aanbod is (Arrow, 1963). Prijzen worden in het marktmodel dus gedicteerd door de markt en reflecteren de verhoudingen van vraag en aanbod. De hoeveelheid koopkracht die iedere consument oorspronkelijk heeft is van invloed op de waarden van onder andere de prijzen en de vraag die tot het markt evenwicht leiden, maar uiteindelijk zal in een perfect competitieve markt altijd een situatie ontstaan waarin sprake is van een optimale markt toestand. Een overheid kan zich dan ontfemen over de distributie van welvaart zonder hierbij in een markt in te grijpen.

De gezondheidszorg kan niet aan deze economische wetten overgelaten worden doordat het kenmerken heeft die het tot een speciaal soort markt maken (Schut & Rutten, 2012). Sommige kenmerken komen in andere sectoren ook terug, maar het is de combinatie ervan die de zorg speciaal maakt. Zo kent de zorg vraag die onvoorspelbaar is en enkel ontstaat op het moment dat een individu ziek wordt, maar verder dus afwezig is. Verder verwachten we van artsen ander gedrag dan van zakenmannen; artsen behoren het welzijn van de patiënt voorop te stellen en niet zomaar winstmaximalisatie na te streven. Het aanbieden van zorg kan enkel gedaan worden door gecertificeerde artsen die een medische opleiding hebben gevolgd waarvoor steeds maar een beperkt aantal plekken beschikbaar is (Mackenbach & Stronks, 2012). Hierbij is het concept van continuous medical education erg belangrijk; ook na het behalen van de kwalificatie wordt continue scholing van de medisch specialist geëist. Dit laatste komt vaker voor in professionele beroepsgroepen, maar de nadruk op kwaliteitscontrole is in ieder geval erg hoog in de zorg.

2.1.3 Onzekerheid in de zorg

Misschien wel het belangrijkste element in de gezondheidszorg dat het doet afwijken van competitieve markten is de extreem hoge mate van onzekerheid die er aanwezig is (Haas-Wilson, 2001). Deze onzekerheid kent meerdere aspecten. Om te beginnen bestaat er hoge onzekerheid over wanneer zorg nodig gaat zijn. Het is immers moeilijk van te voren te zeggen wanneer een gezond persoon ziek wordt en hoe zwaar de gevolgen zullen zijn. Zelfs met kennis over bepaalde risicofactoren die invloed kunnen hebben op de gezondheid van een individu en de zorgvraag die hiermee gepaard gaat, blijft het grotendeels onmogelijk dit van te voren te voorspellen.

Onzekerheid zit ook in de kennis van de patiënt over de kwaliteit van het product (Haas-Wilson, 2001). Het is enerzijds voor de patiënt niet zomaar te zeggen op het moment dat hij ziek wordt wat hij mankeert of wat voor behandeling het best uitkomt voor herstel, anderzijds heeft de patiënt onzekerheid over de kansen van slagen van behandeling of de kwaliteit ervan wanneer hij dan uiteindelijk zorg koopt. Hierbij komt nog dat als een patiënt behandeld wordt dat het niet altijd goed te bepalen is of dit volledig door de interventie van de arts komt of dat andere factoren een rol hebben gespeeld. Van te voren weet een patiënt dus niet hoeveel de informatie en de dienst in de vorm van medische expertise van de arts die hij inkoopt waard is voordat het aangeschaft is. Er bestaat dus een sterke informatie asymmetrie in de zorg tussen patiënt en arts.

2.1.4 De patiënt-arts relatie als principaal-agent relatie

De enorme informatie asymmetrie die mede ten gevolge van de onzekerheid in de zorg ontstaat, zorgt ervoor dat de relatie tussen patiënt en arts er een is van vertrouwen (Arrow, 1963). Dit is ook meteen een van de redenen dat de eerdergenoemde kwaliteitscontrole in de vorm van de rigoureuze medische opleiding en bijbehorende certificering zo benadrukt wordt in de zorg. Doordat de arts over een licentie moet beschikken die resultaat is van jaren lange studie kan de patiënt zich er meer van verzekerd voelen dat de arts capabel is en correct zal optreden. Verder heeft het gebrek aan nadruk op winstmaximalisatie in de zorg de bedoeling de patiënt het idee te geven dat een zorgverlener niet zal handelen op een koste efficiëntere wijze als dit slechtere uitkomsten met zich meebrengt, maar altijd zal proberen eerst het belang van die patiënt voorop te stellen.

De patiënt bevindt zich zo in de rol van principaal waarin in de context van de zorg een groot gedeelte van de bevoegdheid om keuzes te maken over behandelingen wordt gemandateerd aan de zorgverlener die hiermee verwordt tot een agent die op basis van diepgaande medische kennis en vaardigheden moet optreden in het belang van de patiënt (Conrad, 2015).

2.1.5 Aanbod geïnduceerde vraag en incentives

Op basis van de voorgaand besproken informatievoorsprong doet zich een situatie voor waarin het bepalen van de compensatie voor een arts niet als vanzelfsprekend verloopt en waarin overheidsingrijpen nodig is om hiermee om te gaan (Town, Wholey, Kralewski & Dowd, 2004). Het is immers niet mogelijk om zorgaanbieders simpelweg te compenseren voor de waarde van de

diensten die zij verlenen gezien het zo moeilijk is om juist te bepalen wat de waarde van verleende diensten is.

Afhankelijk van de wijze waarop compensatie voor zorgaanbieders wordt geregeld kunnen er situaties ontstaan waarin er prikkels zijn die het gedrag van artsen beïnvloeden op een negatieve manier (Robinson, 2001). Dit kan zich uiten op verschillende manieren afhankelijk van het bekostigingssysteem dat gehanteerd wordt en de daaruit voortvloeiende incentives. De meest voorkomende vorm van bekostiging die in zorgsystemen rond de wereld gebruikt wordt is fee-for-service. Hierbij wordt de zorgaanbieder gecompenseerd op basis van de hoeveelheid zorg die hij produceert. Dit gaat doorgaans om een bedrag per behandeling of combinatie van behandelingen die de arts declareert. Dit kan leiden tot aanbod geïnduceerde vraag wat inhoudt dat de arts de zorgvraag doet toenemen door meer en duurdere zorg aan te bieden. Dit is mogelijk voor de arts door de eerder uitgewerkt informatie asymmetrie die bestaat tussen arts en patiënt. De arts kan duurdere of onnodige medische interventies doen of excessief consulten inplannen bij de patiënt zonder dat deze dat doorheeft. De patiënt wil enkel herstellen en gaat er daarbij vanuit dat de arts het beste voor heeft met hem.

In het geval van budgettering waarbij compensatie geschiedt volgens een vooraf afgesproken bedrag voor een bepaalde periode ontstaat een tegengesteld beeld. Het wordt voor zorgaanbieders aantrekkelijk en mogelijk zelfs noodzakelijk om minder te gaan produceren in termen van geleverde zorg (Jegers, Kesteloot, De Graeve & Gilles, 2002). De zorgaanbieder wil zoveel mogelijk voorkomen dat aan het einde van de afgesproken periode meer zorg wordt geleverd dan betaald kan worden op basis van het budget wat een kostenoverschrijding betekent en dus in de verdiensten van de zorgaanbieder gaat snijden. Het gevolg is dat artsen goedkopere alternatieven zullen uitkiezen of minder geneigd zijn te behandelen. Vaak gaat dit gepaard met forse wachtlijsten met patiënten die wachten om behandeld te worden. Het bekostigingssysteem dat gekozen wordt heeft een aanzienlijke invloed op het gedrag van artsen en kan dus van grote betekenis zijn voor de wijze waarop zorgkosten zich ontwikkelen.

2.1.6 De arts-verzekeraar relatie en informatieasymmetrie

In de relatie tussen de behandelaar en de verzekeraar treedt de behandelaar op als ondernemer die diensten biedt die door de verzekeraar worden ingekocht. Ook in deze relatie bestaat een aanzienlijke informatie asymmetrie die een belangrijke rol speelt in de omgang tussen de beide actoren (Folland, Goodman & Stano, 2017). De zorgaanbieder beschikt over kennis die de verzekeraar niet volledig in huis heeft. De verzekeraar beschikt over meer medische kennis dan de patiënt, maar heeft niet voldoende kennis om daadwerkelijk te beoordelen of behandelaars niet meer zorg verlenen dan nodig is. Daarbij is het voor de zorgverzekeraar niet goed mogelijk om dit bij te houden gezien de inkoop vaak bij vele verschillende zorgaanbieders gebeurt, het is gewoonweg niet haalbaar om voor iedere behandeling bij te houden of deze efficiënt en effectief

plaatsvinden. De zorgverzekeraar houdt zich afzijdig als het gaat om inhoudelijke medische beslissingen (Mackenbach & Stronks, 2012).

Ondanks de asymmetrie in informatie heeft de verzekeraar wel een belangrijk aandeel in het mitigeren van de effecten die perverse prikkels hebben op het gedrag van zorgaanbieders (Folland, Goodman & Stano, 2017). De verzekeraar heeft in de rol van inkoper medezeggenschap over hoeveelheid geld die uitgekeerd wordt aan zorgaanbieders middels onderhandelingen over prijzen en volumen aan zorg die worden ingekocht. De effectiviteit van deze rol is afhankelijk van de wijze van bekostiging. Zo zal bij volledige compensatie achteraf weinig rem zijn op de productie van zorgaanbieders, terwijl bij vooraf onderhandelde budgetten de verzekeraar aanzienlijk meer invloed heeft op de productie van zorgaanbieders.

2.1.7 De patiënt-verzekeraar relatie en informatie asymmetrie

Ten slotte is er ook in de relatie tussen patiënt en verzekeraar sprake van informatie asymmetrie (Folland, Goodman & Stano, 2017). De patiënt weet immers meer over zijn eigen gezondheidstoestand dan dat de verzekeraar redelijkerwijs kan weten. Een potentiële verzekerde weet van zich zelf logischerwijs niet wanneer hij ziek zal worden als hij nog gezond is. Tegelijkertijd weet deze persoon wel wat voor gezonde of juist ongezonde levensstijl hij erop na houdt. In het geval deze potentiële verzekerde lijdt aan een aandoening die hoge zorgkosten met zich meebrengt, heeft ook hiervan de verzekeraar van te voren geen weet. Deze informatie voorsprong die de verzekerde heeft zorgt ervoor dat vooral mensen die hoge zorgkosten met zich meebrengen zich verzekeren (Schut & Rutten, 2012). Dit heet adverse selectie en heeft zonder invloed van de overheid een einde van de zorgverzekeringsmarkt ten gevolge. Andersom kan het ook dat een verzekeraar verzekerden die hoge zorgkosten maken besluit het volgende jaar uit te sluiten van een verzekering zodat deze hoge risico verzekerden zonder verzekering komen te zitten.

In zorgstelsels waar iedereen verplicht is zich te verzekeren voor zorg kan een overheid ertoe besluiten het voor verzekeraars verboden te maken om te selecteren op risico om te voorkomen dat hier ongewenste selectie optreedt (Schut & Rutten, 2012). Tegelijkertijd kan geen adverse selectie optreden omdat iedereen zich dient te verzekeren.

2.2 Uitkomstbekostiging en shared savings in theorie

Een belangrijk thema in de proeftuinen populatiemanagement is de zoektocht naar nieuwe of alternatieve vormen van bekostiging die het mogelijk moeten maken om de excessieve kostengroei in de zorg beter te kunnen beheersen. Het huidige systeem prikkelt zorgaanbieders nog teveel om zoals in de vorige paragraaf besproken teveel onnodige en onnodig dure zorg te verlenen. Het raamwerk dat ten grondslag ligt aan de activiteiten in de proeftuinen is de Triple Aim. Ook het inrichten van het bekostigingssysteem wordt aan de hand van deze theorie gedaan. In deze paragraaf zal het Triple Aim raamwerk besproken worden, waarna de concepten uitkomstbekostiging en shared savings zullen worden uiteengezet.

2.2.1 Triple Aim

Hoewel er in de VS ruimschoots meer uitgegeven wordt aan zorg dan in andere ontwikkelde landen staan zij aanzienlijk lager dan andere landen als het gaat om zaken als kindersterfte en levensverwachting (Berwick, Nolan & Whittington, 2008). Er wordt hier in de VS op instellingsniveau aan gewerkt aan de hand van dimensies die zijn opgesteld door de Institute of Medicine. Berwick et al. (2008) zijn van mening dat dit echter niet genoeg is om hoogwaardige zorg te bereiken. Ze stellen dat hier een breder systeem van verweven doelen voor nodig is. Hun antwoord hierop is de Triple Aim.

De Triple Aim bestaat zoals de naam al doet vermoeden uit drie onderdelen (Berwick et al., 2008). Dit zijn het verbeteren van de individuele ervaring van zorg, het verbeteren van de gezondheid van populaties en het verlagen van de kosten per capita van zorg voor populaties. De drie doelen staan zoals eerder gezegd onderling in verband met elkaar. Dit betekent dat verandering ten behoeve van één van de drie componenten gevolgen kan hebben voor de andere componenten in negatieve of positieve zin. Zo kan de zorg voor het individu verbeterd worden door het gebruik van nieuwe effectieve, maar dure medische technieken die tegelijkertijd de kosten van de zorg doen stijgen. Daarnaast zijn bepaalde veranderingen onderhevig aan vertraging voor effecten meetbaar zijn. Zo kan het jaren duren voor de effecten van preventie zichtbaar worden.

Berwick et al. (2008) geven aan dat in het huidige systeem door marktdynamieken en prikkels in de VS het gunstiger is om zoveel mogelijk te produceren dan om aan de Triple Aim te proberen te voldoen. Productie gedreven inrichting van zorg staat het werken aan de Triple Aim dus in de weg.

Aan het succesvol vervullen van de Triple Aim liggen drie onvermijdelijke ontwerpvoorwaarden ten grondslag. Dit zijn het afbakenen van een populatie als centraal object, de aanwezigheid van extern opgelegde beleidsbeperkingen zoals bijvoorbeeld het instellen van budget maxima of de vereiste dat alle subgroepen gelijk behandeld worden, ten slotte moet er sprake zijn van een 'Integrator' die ervoor zorgt dat de dienstenverlening zo gefocust en gecoördineerd wordt dat er simultaan aan de drie doelen gewerkt wordt.

De integrator is een entiteit die de verantwoordelijkheid op zich neemt om erop toe te zien dat aan de drie doelen van de Triple Aim gewerkt wordt voor een specifieke populatie. Een effectieve integrator werkt ook als verbindende factor tussen verschillende zorgorganisaties die overlappende taakstellingen hebben en zorgt zo dus voor samenwerking door werkzaamheden te coördineren.

2.2.2 Geïntegreerde zorg

Het coördineren en beter samenwerken van verschillende zorginstanties wordt geïntegreerde zorg genoemd of integrated care in internationaal verband (Delnoij, Klazinga & Glasgow, 2002). In Nederland komt dit ook voor onder de noemer transmurale zorg. Dit verschijnsel heeft in de loop van de afgelopen jaren een steeds prominentere rol in de plannen van niet alleen het ministerie, maar ook van steeds meer verzekeraars en zorgaanbieders die op zoek zijn naar innovatieve

oplossingen om ongebreidelde groei van zorgkosten te doen afnemen. Momenteel is er in het Nederlandse zorgstelsel, evenals in de meeste zorgstelsels in de wereld, sprake van sterke fragmentatie tussen de verschillende soorten zorgaanbieders. Zo is er de scherpe tweedeling tussen de eerste lijn en de tweede lijn, waar onder respectievelijk zorg als huisartsenzorg, fysiotherapie en andere non-specialistische zorg buiten het ziekenhuis, en medisch specialistische zorg worden verstaan. Samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn is gewoonlijk erg beperkt en onderling overleg minimaal. Tussen verschillende specialismen in ziekenhuizen of verschillende instellingen schiet samenwerking vaak nog tekort.

Geïntegreerde zorg gaat uit van een patiënt georiënteerde aanpak (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Hierin staat de patiënt centraal en wordt de zorg om hem heen zo georganiseerd dat de overgang tussen bijvoorbeeld de eerste lijn en de tweede lijn zo soepel mogelijk gemaakt wordt. De patiënt hoeft bijvoorbeeld niet een tweede keer zijn volledige verhaal te vertellen of medicatiegeschiedenis door te geven omdat de specialist hiervan al op de hoogte is gesteld door de huisarts. Als vervolgens de patiënt vanuit het ziekenhuis naar een verzorgingstehuis moet, wordt ervoor gezorgd dat de zorgverleners in het verzorgingstehuis op de hoogte zijn van de ingreep die de patiënt heeft ondergaan zodat zij hierop kunnen inspelen. Om geïntegreerde zorg mogelijk te maken moet een systeem van werken gecreëerd worden waarbij er ontschotting optreedt zodat er beter gecoördineerde zorg kan worden geleverd. Dit is vaak echter niet genoeg; de meeste integrated care aanpakken gaan gepaard met ontwikkelen van een verbeterd elektronische infrastructuur die de nauwere samenwerking moet faciliteren.

2.2.3 Uitkomstbekostiging

Uitkomstbekostiging wordt in steeds meer toenemende mate gezien als antwoord op de sterk stijgende zorgkosten (Eijkenaar & Schut, 2015). Het wordt in Nederland gezien als een mogelijk einddoel in de beweging weg van bekostiging op basis van productievolume. In die zin is het een middel om aan de triple aim te werken. Uitkomstbekostiging kent geen eenduidige definitie. Een eenvoudige definitie wordt gegeven door Eijkenaar, Van de Ven en Schut: *“bekostiging van zorg die gericht is op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandelingen in termen van kwaliteit (bijv. bloedsuikerwaarden voor diabetici, complicaties, heropnames, mortaliteit) en kosten”* (2012: p.14). Deze definitie wordt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ook gehanteerd (Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013). Vervolgens heeft het RIVM deze weer overgenomen van het ministerie in hun eerste rapport van de landelijke monitor populatiemanagement (2014). Ook Celsus, academie voor betaalbare zorg, hanteert een definitie waarin diverse aspecten van kwaliteit een rol spelen bij de bekostiging van zorg (Hayen, De Bekker, Ouwens, Westert & Jeurissen, 2013).

Eijkenaar en Schut (2015) breidden drie jaar later de eerder door hen geformuleerde definitie voor uitkomstbekostiging. Om te beginnen bestaan goede uitkomsten in de zorg uit vijf dimensies die een weerslag vormen van de maatschappelijke discussie over de beoogde doelen van een

adequaat bekostigingssysteem en die de eerder genoemde Triple Aim van Berwick et al. (2008) specificeren. Het gaat hier om de volgende vijf dimensies:

- Goede kwaliteit van zorg: kwaliteit wordt opgemaakt uit zorginhoudelijke kwaliteit en patiënttevredenheid.
- Kostenbewust gedrag: dit uit zich in afwezigheid van perverse volumeprikkels en de mate waarin overbehandeld wordt (indicatieverruiming) en onnodig dure zorg wordt verleend (indicatieverschuiving)
- Goede coördinatie en effectieve substitutie van zorg
- Kosteneffectieve proces- en productinnovatie
- Effectieve preventie

Dit leidt ertoe dat een adequaat systeem van uitkomstbekostiging bestaat uit *“een zo eenvoudig mogelijk, vraaggestuurd bekostigingssysteem dat expliciet is gericht op het stimuleren van zorgaanbieders tot het realiseren van goede uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit, kosten, coördinatie en preventie, en dat tevens stimuleert tot kosteneffectieve innovatie en geen prikkels bevat voor ongewenst gedrag”* (Eijkenaar & Schut, 2015: p.9).

Bekostiging in de zorg bestaat uit twee componenten die in een optimaal functionerend systeem op elkaar zijn afgestemd om perverse prikkels te minimaliseren (Eijkenaar & Schut, 2015). Dit zijn basisbekostiging en prestatiebekostiging. Basisbekostiging is het gedeelte van de bekostiging dat onafhankelijk van zorgprestaties wordt uitgekeerd. Dat basisbekostiging een onmisbaar onderdeel is in de bekostiging van zorg heeft te maken met de complexe aard van zorg. Het is in de zorg lastig om contractuele afspraken te maken waarbij de financiële beloning gekoppeld wordt aan goede prestaties doordat prestaties niet goed meetbaar zijn. Een ander belangrijk bijkomende knelpunt is het feit dat het voor bepaalde behaalde resultaten moeilijk te bepalen is of dit voortkomt uit de behandeling of de zorgaanbieder.

Basisbekostiging kan in beginsel aan de hand van vier methoden vorm gegeven worden (Eijkenaar & Schut, 2015):

- Bekostiging per zorgactiviteit (fee-for-service)
- Bekostiging per zorgbundel per patiënt (bundled payment)
- Bekostiging per zorgbundel per verzekerde (capitation payment)
- Vast bedrag per periode (salaris of budget)

Naast basisbekostiging kan er sprake zijn van prestatiebeloning (Eijkenaar & Schut, 2015). Prestatiebeloning is een variabel gedeelte in de bekostiging die kan worden ingezet om prikkels te creëren ter bevordering van kwaliteit- en kostenbeheersing. Hierbij kan afhankelijk van de prikkels die worden geïntroduceerd de nadruk gelegd worden op kwaliteit of op kosten. Prestatiebeloning in de vorm van een prestatieopslag is een manier om de perverse prikkels in het huidige bekostigingssysteem te doen verminderen. Doordat momenteel de bekostiging van zorg per

zorgactiviteit en per zorgbundel verloopt, is het voor zorgaanbieders financieel gezien aantrekkelijk om meer zorg te verlenen dan nodig gezien dit meer geld oplevert in de vorm van additionele declaraties (Hayen et al., 2013). Het gaat hierbij dus om een productieprikkel. Dit komt de efficiëntie en kwaliteit van zorg niet ten goede, goede zorg is immers ook in sommige gevallen juist niet behandelen na zorgvuldig overleg met de patiënt over de consequenties van bepaalde zorginterventies.

2.2.4 Populatiebekostiging

Eén van de vormen van bekostiging die de perverse prikkels in het zorgstelsel in theorie kan doen verminderen is populatiebekostiging (KPMG Plexus, 2013). In deze vorm van bekostiging ontvangt een zorgaanbieder van de zorgverzekeraar een vast bedrag per patiënt of verzekerde in een afgebakende populatie (Eijkenaar & Schut, 2015). De zorgverlener is vervolgens verantwoordelijk voor het verlenen van alle zorg aan die groep. Voor de zorgverlener betekent dat wanneer die meer kosten maakt dan het vaste bedrag dat betaald wordt voor het geleverde werk, dat die kostenoverschrijdingen voor de rekening komen van die zorgverlener zelf. Tegelijkertijd staat hier tegenover dat het moment dat de totale kosten onder het vaste bedrag uitkomen, dat de gerealiseerde besparingen ook aan de zorgaanbieder tegemoet komen. Deze financiële incentives zouden in theorie de ongewenste productieprikkel in het huidige bekostigingsstelsel doen afnemen.

Ook dit bekostigingssysteem brengt echter gevaar met zich mee (KPMG Plexus, 2013). Hoewel de productieprikkel wordt weggenomen, artsen hebben immers baat bij het beperken van de hoeveelheid zorg die zij verlenen, wordt de deur opengezet naar een andere perverse prikkel; het wordt voor de zorgverlener aantrekkelijk om minder zorg te bieden dan dat eigenlijk nodig is. Het resultaat is zorg van mindere kwaliteit en onnodige wachtlijsten.

Populatiebekostiging heeft dus een keerzijde die vraagt om aanvullende maatregelen (KPMG Plexus, 2013). Dit is waar kwaliteits- en uitkomsten indicatoren een belangrijk aandeel in hebben. Door de contractering van zorg en de hoogte van uitgekeerde bedragen te verbinden aan de uitkomsten van het handelen van de aanbieder kan ingegrepen worden op het moment dat deze de eigen taken verzaakt om besparingen te bewerkstelligen. In zo een geval kan een zorgverzekeraar besluiten om de aanbieder in kwestie niet meer te contracteren. Dit betekent voor de aanbieder minder cliënten en dus ook minder inkomsten. Ongewenst gedrag zal sneller uitblijven.

2.2.5 Shared savings

Een vorm van bekostiging die weliswaar minder omvattend is dan populatiebekostiging, maar hier wel aan gerelateerd is, is de shared savings systematiek. Bij shared savings staat het soortgelijke principe aan de basis namelijk dat zorgaanbieders door doelmatiger of minder te behandelen besparingen weten te realiseren die vervolgens weer (ten dele) ten goede komen aan de zorgaanbieder (Soeters & Verhoeks, 2015). Overigens gaan hierbij vaak de besparingen niet enkel naar de zorgaanbieder, maar worden dit soort arrangementen middels een vooraf afgesproken

ratio verdeeld. Een simpel voorbeeld zou een verdeling van een derde voor de zorgverlener, een derde voor de zorgverzekeraar en een derde voor de patiënt (via verlagingen in premie door verzekeraar) kunnen zijn. Wanneer niet alleen de baten, maar ook eventuele kostenoverschrijdingen verdeeld worden, spreekt men naast shared savings van shared costs.

Het meest kenmerkende verschil met populatiebeposting is dat het bij shared savings gaat om een raming van totale kosten die gemaakt worden waar dan vervolgens aan de hand van de werkelijk uitgekomen kosten van wordt bepaald hoeveel er in totaal is uitgegeven en hoeveel er dus is bespaard wat vervolgens naar rato wordt verdeeld (Eijkenaar, Van de Ven & Schut, 2012). Bij populatiebeposting is er niet zoiets als virtuele budgetten of besparingen die verdeeld worden. Betaling gebeurt aan de voorkant waarbij de zorgaanbieder daar zelf mee kan bepalen wat te doen, zolang de afgesproken zorg maar geboden wordt. In Nederland worden shared savings gezien als middel om dichterbij uitkomstbeposting te komen.

2.3 Shared Savings in de praktijk

In deze paragraaf zullen een tweetal casus besproken worden die gedestilleerd zijn uit de literatuur waarin shared savings een rol spelen en waar ook shared savings afspraken tot stand gekomen zijn.

2.3.1 Shared Savings in de praktijk: Gesundes Kinzigtal

Eén van de succesvollere voorbeelden uit het buitenland van Shared Savings is het Gesundes Kinzigtal project dat in 2005 is ontstaan in de gelijknamige Kinzig vallei in het Zuidwesten van Duitsland (Hildebrandt, Hermann, Knittel, Richter-Reichhelm, Siegel & Witzenrath, 2010). De lokale artsorganisatie MQNK (Medizinisches Qualitätsnetz—Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.) en gezondheidsmanagement bedrijf OptiMedis AG, met kennis in huis van medische sociologie en integrated care management, richtten toen samen Gesundes Kinzigtal GmbH op. Dit is een organisatie voor integrated care management in de Kinzigtal regio. MQNK brengt als zorgorganisatie van huisartsen, medisch specialisten en psychotherapeuten de nodige medische kennis en weet door het regionale karakter waar de sterke en zwakke punten in het zorgsysteem van het gebied liggen. Het aandeel van OptiMedis in de samenwerking bestaat uit kennis van zorgpreventie, gezondheidseconomie en management, en het kunnen leveren van de benodigde financiële investering.

De aandelen van het bedrijf liggen voor 66 procent in de handen van MQNK (Hildebrandt et al., 2010). Doordat MQNK de meerderheid van de aandelen bezit, ligt het belang voor het grootste gedeelte bij de artsen van MQNK. Dit maakt dat er een zekere urgentie ligt bij de artsen om Gesundes Kinzigtal te doen slagen. Het succes ervan heeft immers direct invloed op de artsen zelf. De overige 33 procent van de aandelen zijn in handen van OptiMedis. Bij Gesundes Kinzigtal zijn inmiddels twee grote verzekeraars in de regio betrokken. De verzekeraars zijn statutaire zorgverzekeraars. Dat wil zeggen dat het publieke organisaties zijn die financieel en organisationeel onafhankelijk mogen opereren. Zij beheren het ziekenfonds dat bestaat uit

bedragen van werkgevers en sinds 2009 voor een deel uit persoonlijke bijdragen van verzekerden. Zij hebben shared health gain contracten ondertekent met Gesundes Kinzigtal. Beide verzekeraars samen zijn ten gevolge van het contract goed voor 31.000 verzekerden in de Kinzigtal regio. Dit is grofweg de helft van de totale populatie van 69.000 inwoners die het gedeelte van de Kinzigtal regio waarin Gesundes Kinzigtal opereert, telt. In 2006 sloot Gesundes Kinzigtal een contract af voor tien jaar voor deze groep verzekerden met de twee verzekeraars.

Belangrijk in Gesundes Kinzigtal is het triple aim gedachtegoed van Berwick et al. (2008) zoals eerder besproken in dit stuk (Hildebrandt, Schulte & Stunder, 2012). Een belangrijk hulpmiddel in dit streven naar betere gezondheid, kwaliteit van zorg en lagere kosten vormen shared savings. Hierbij zijn enkel positieve gevolgen van invloed op de organisatie. Negatieve gevolgen worden niet in rekening gebracht. Tegelijkertijd is het wel belangrijk te begrijpen dat de inkomsten voor het overgrote gedeelte afkomstig zijn uit het deel van het ziekenfonds dat gevuld wordt met de gezamenlijke besparingen. Het bestaan van de organisatie is dus voor het grootste gedeelte afhankelijk van de besparingen die het weet te bereiken. Het behalen van 'gains', oftewel baten wordt te allen tijde in relatieve termen gemeten. Dat wil zeggen dat steeds de behaalde resultaten afgemeten worden ten opzichte van de gemiddelde landelijke situatie. Gesundes Kinzigtal GmbH moet hier opgevat worden als de integrator uit de triple aim theorie. Het is de entiteit die de activiteiten die de aangesloten actoren uitvoeren coördineert en die het beheer over het budget voert.

In het geval van Gesundes Kinzigtal gelden de reguliere geldstromen en betalingswijzen per verrichting nog (Busse & Stahl, 2014). Dit is dan ook nog de primaire inkomstenbron van de betrokken artsen. Er wordt gebruik gemaakt van een virtueel budget. In deze context virtueel omdat Gesundes Kinzigtal dit geld niet ziet. De verzekeraars krijgen een bepaald bedrag uit het centrale landelijke ziekenfonds gecorrigeerd voor populatiekenmerken als morbiditeit, leeftijd en geslacht. Dit bedrag wordt dus zoals gezegd nog op de reguliere manier betaald aan de zorgverleners. Kunnen de aangesloten zorgverleners van Gesundes Kinzigtal onder het totaal bedrag blijven dat de verzekeraar beschikbaar heeft vanuit het ziekenfonds voor hun deel van de populatie, dan is het gedeelte dat bespaard is voor Gesundes Kinzigtal. De shared savings worden hier niet verdeeld onder de zorgverleners, maar worden dus zoals eerder gezegd verdeeld onder Gesundes Kinzigtal en de verzekeraar. Deze stimuleert de artsen weer door bijvoorbeeld bijkomende IT kosten voor verbeterde data uitwisseling te bekostigen en door sinds 2011 beloningen te doen toekomen op basis van prestaties en geleverde diensten door de artsen. Gesundes Kinzigtal is verantwoordelijk voor het gehele spectrum aan zorg dat patiënten die verzekerd zijn bij de verzekeraars behoren te krijgen.

2.3.2 Shared Savings in de praktijk: Accountable Care Organizations

De Accountable Care Organization (ACO) is een begrip dat afkomstig is uit de Verenigde Staten (Fisher, Shortell, Kreindler, Van Citters & Larson, 2012). ACO staat voor een nieuw model van bekostiging die daar in het afgelopen decennium sterk aan populariteit heeft gewonnen zowel in de publieke sector als beleidsmiddel als in de private zorgsector. Het model wordt gezien als een sterk hulpmiddel in het verbeteren van de zorg en het verlagen van de kosten. In theorie kan *Gesundes Kinzigtal* ook gezien worden als een ACO (Pimperl, Schulte, Mühlbacher, Rosenmöller, Busse, Groene, Hector & Hildebrandt, 2017).

Een voorbeeld van een organisatie die gebruik maakt van het ACO model is de verzekeraar Blue Cross Blue Shields (Ruwaard et al., 2015). BCBS introduceerde in 2009 het Alternative Quality Contract (AQC). Deze variant op de ACO was toen het in Massachusetts gestart werd een aanzienlijke hervorming van de bekostigingssystematiek die toen gebruikt werd. Inmiddels maken 85 procent van alle artsen uit het BCBS netwerk onderdeel uit van de negentien AQC groepen die BCBS heeft opgezet.

De AQC wordt in het voorbeeld van BCBS parallel afgesloten aan de bestaande zorginkoop afspraken die nog volgens de reguliere bekostigingssystematiek van betaling per verrichting verlopen (Ruwaard et al., 2015). Het contract wordt afgesloten met een groep zorgverleners uit de enkel eerste lijn of uit een combinatie van artsen uit de eerste en de tweede lijn. Dit is de AQC-groep en kan gezien worden als een ACO. In AQC contracten is de groep artsen steeds verantwoordelijk voor een populatie van ten minste 5000 mensen die verzekerd zijn bij BCBS en die ingeschreven staan bij aangesloten huisartsen. Het staat deze verzekerden nog wel vrij om naar zorgaanbieders buiten het contract te gaan op voorwaarde dat zij een verwijzing van hun eigen huisarts hebben. De AQC groep krijgt doormiddel van het contract de volledige verantwoordelijkheid over de zorg voor deze groep verzekerden. Dit houdt in dat de groep artsen verantwoordelijk is voor de kwaliteit alsook de kosten van het gehele zorgspectrum voor de afgesproken populatie.

Het bekostigingsmodel bestaat uit drie componenten in een AQC. Ten eerste is er sprake van een virtueel budget (Ruwaard et al., 2015). Dit is een budget dat vastgesteld wordt door BCBS op basis van de te verwachten kosten per verzekerde. De jaarlijkse verhoging van het virtuele budget wordt steeds contractueel vastgezet voor een duur van vijf jaar. Dit geeft de artsen continuïteit zodat zij hierop hun werkzaamheden kunnen afstemmen. Dit is belangrijk voor de tweede component namelijk het tweezijdige risico dat de actoren nemen bij het aangaan van het AQC. Het tweezijdige risico houdt in dat overschrijdingen van, maar ook besparingen op het virtueel budget verdeeld worden over BCBS en de artsen in de ACO. Dit houdt dus *shared savings* in bij besparingen. De laatste component uit het bekostigingsmodel de prestatiebeloning of bonus die de zorgverleners kunnen verdienen afhankelijk van een kwaliteitsscore. Om de kwaliteitsscore vast te stellen

gebruikt BCBS een vaste set van 64 kwaliteitsindicatoren die zowel proces als uitkomsten en patiënt ervaringen meten. De uiteindelijke score die wordt behaald door de groep wordt gekoppeld aan de tweezijdige risicofactor; bij de laagste score krijgen de zorgverleners twintig procent van de besparingen, terwijl dit bij de hoogste score al opgelopen is tot tachtig procent van de besparingen. Bij overschrijdingen betekent de tweezijdigheid dat de score bepaalt hoe groot het deel van de overschrijding is die wordt kwijtgescholden.

2.4 Factoren voor shared savings

In de praktijkvoorbeelden wordt steeds een beroep gedaan op het shared savings model. Het valt hierbij op dat het echter vaak gaat om shared savings geïntegreerd binnen een groter geheel aan bekostigingshervormingen. In beide praktijkvoorbeelden wordt shared savings gecombineerd met het vormen van integrated care en van populatiebekostiging. In deze paragraaf worden de factoren die van invloed zijn op de totstandkoming van shared savings afspraken gedestilleerd uit de praktijkvoorbeelden die besproken zijn in de vorige paragraaf. Verder worden verwachtingen geformuleerd bij de verschillende factoren over hun verwachte relatie tot de totstandkoming van shared savings afspraken.

2.4.1 Institutionele context

In het jaar 2000 voerde de overheid in Duitsland een aantal beleidshervormingen door om geïntegreerde zorg mogelijk te maken (Busse & Stahl, 2014). Tot dan toe was er in Duitsland in de zorg sprake van extreme verkokering. De hervorming maakten het mogelijk voor verzekeraars om afspraken te maken met individuele zorgverleners of groepen behandelaren om nauwere samenwerking te faciliteren. De euforie waar dit mee gepaard ging leidde in 2004 tot een wet die het de verzekeraars toestond tot één procent van hun totale uitgaven aan integrated care programma's te besteden (Hildebrandt et al., 2010). Hoewel het zo veelbelovend leek blijkt dat voornamelijk programma's opgezet werden met een beperkt aantal specialismen en voor een specifiek en smal afgebakende populatie. De wet die in 2004 werd aangenomen liep in 2008 weer af. Toch is het in dit institutionele klimaat dat *Gesundes Kinzigtal* heeft kunnen ontstaan.

Ook ACO's zijn mogelijk gemaakt door wetswijzigingen die door de federale staat zijn ingevoerd (Correia, 2011). In 2010 nam het congres een wet aan die de vorming van ACO's zou gaan stimuleren. Het zou op dat moment mogelijk worden voor organisaties die ACO afspraken gingen maken om in de besparingen mee te delen op het moment dat zij kosten wisten te reduceren en toch kwalitatief hoogwaardige zorg leverden. Het shared savings model werd zo wettelijk verankerd. In 2011 stelde het Center for Medicare and Medicaid Services een aantal reguleringen voor die de flexibiliteit van de wet in 2010 zouden inperken. In het veld zorgde dit voor opschudding.

Het handelen van een samenwerkingsverband gebeurt nooit in een institutioneel vacuüm (Torfing, 2005). Er is altijd sprake van een regulatieve, normatieve raamwerk dat de mogelijkheden en limitaties voor een groot gedeelte definieert voor een samenwerkingsverband. De institutionele context waarbinnen bekostigingsafspraken gemaakt worden speelt dan een belangrijke rol in het

creëren van de ruimte waarin dit soort regelingen mogelijk zijn (Lieberman & Bertko, 2011). Daarnaast kan de richting die met wet- en regelgeving wordt ingeslagen niet alleen faciliterend werken, maar ook beperkend als bepaalde reguleringen of eisen de handelingsvrijheid van organisaties inperkt. Voor alternatieve bekostigingsmodellen in het algemeen en shared savings in het specifiek geldt dat het belangrijk is dat er regulatieve en operationele flexibiliteit wordt ingebouwd. Dat betekent dat wetgeving innovatieve bekostigingsregelingen moet toestaan en dat de reguleringen als raamwerk voor die regelingen horen te dienen waarlangs samenwerkingsverbanden kunnen werken. Tegelijkertijd moet er voldoende vrijheid ingebouwd worden zodat op netwerk niveau variatie kan bestaan in de precieze invulling van die bekostigingssystemen.

Verwachting 1: de verwachting is dat de institutionele context invloed heeft op de totstandkoming van shared savings. Wetgeving zal een beperkend effect hebben op de mogelijkheden die de proeftuinen hebben om shared savings afspraken te maken en proeftuincondities kunnen juist faciliterend werken door middelen te bieden.

2.4.2 Lokale context

In het geval van Gesundes Kinzigtal is bijna de helft van de populatie in het werkgebied van de organisatie verzekerd bij een van de twee aangesloten verzekeren (Pimperl et al., 2017). Het gaat om een gebied met een landelijke aard waar de artsorganisatie MQNK als langgevestigde en multidisciplinaire zorggroep een sterke positie had. MQNK had een relatief groot aantal specialisten in huis waardoor het vooral in de begindagen van Gesundes Kinzigtal voldoende was om na bundeling van krachten met OptiMedis aan de slag te gaan met integrated care. Naarmate de tijd is gevorderd heeft Gesundes Kinzigtal de uitbreiding gezocht door aanvullende afspraken te maken met zorgverleners die geen onderdeel zijn MQNK of Gesundes Kinzigtal, maar het ontstaan van Gesundes Kinzigtal wordt gekenmerkt door een betrekkelijk laag complexe omgeving.

Bij ACO's zijn de vormvereisten tamelijk flexibel wat maakt dat er een divers aanbod aan ACO's bestaat in de VS. Dit neemt niet weg dat omgevingsfactoren een verschil kunnen uitmaken voor de wijze waarop verzekeraars en zorgverleners omgaan met het ontwikkelen en implementeren van een ACO (Fisher et al., 2012). In het geval er in een regio meerdere concurrerende verzekeraars zijn die elk weer een gedeelte van de zorgverleners in het gebied onder contract hebben staan. Het wordt voor een eventuele ACO moeilijk om dan de gezondheid van een populatie te verbeteren omdat de kans groot is dat deze meer dan eens behandeld worden door behandelaars buiten de ACO. De marktstructuur en bijbehorende dynamiek alsook de regionale kenmerken spelen een rol in de ontwikkeling van dit soort arrangementen.

Verwachting 2: De verwachting is dat de lokale context invloed heeft op de totstandkoming van shared savings. Een lokale context die complexer is heeft een negatief effect op de totstandkoming van shared savings.

2.4.3 Contract karakteristieken

Toch verschillen beide casus wel van elkaar. Gesundes Kinzigtal is een aparte organisatie die specifiek is opgericht voor het Gesundes Kinzigtal initiatief (Busse & Stahl, 2014). Dit betekent dat er een derde entiteit is die zich bezig houdt met het implementeren van het beleid om de doelstellingen te behalen die Gesundes Kinzigtal heeft opgesteld. Ook beheert Gesundes Kinzigtal de shared savings die bij besparingen worden ontvangen. Gesundes Kinzigtal kan hierbij gezien worden als de integrator uit de triple aim theorie zoals eerder gezegd. Het wordt duidelijk dat de integrator constructie aanwezig in Gesundes Kinzigtal onderdeel is van het succes van het initiatief. Doordat Gesundes Kinzigtal als aparte entiteit bestaat is er een organisatie die zich dagelijks bezig houdt met de coördinatie van de interventies, maar die ook het overzicht houdt op wat er nodig is om de zorg te verbeteren en die daar vervolgens op kan inspelen. Het nuttige is verder dat het bestaan van de organisatie direct verbonden is aan het presteren ervan.

In de ACO is er niet noodzakelijkerwijs sprake van een integrator. De vele ACO's in de VS kennen verschillende startposities en configuraties (Fisher, McClellan & Safran, 2011). In sommige gevallen gaat de verzekeraar het contract direct aan met verschillende zorgverleners waardoor een overeenkomst ontstaat, waarbij de artsen met elkaar in een soort netwerksamenwerking situatie terecht komen, maar waarbij de artsen vanaf nul beginnen. In andere gevallen gaat het om reeds volledig operationele geïntegreerde systemen die een ACO overeenkomst aangaan met een verzekeraar. Ook bij ACO's is het triple aim gedachtegoed leidend, maar de invulling is dus niet altijd precies zoals uitgewerkt door Berwick et al. (2008).

De wijze waarop een ACO wordt ingericht speelt een wezenlijke rol in het slagen ervan (Fisher et al., 2012). Karakteristieken van de contracten oftewel de wijze waarop dit soort arrangementen vorm wordt gegeven en uiteindelijk wordt geïmplementeerd, zijn een belangrijk gegeven voor het slagen van dit soort bekostigingsmodellen. Ook hebben contract karakteristieken zoals de inrichting van financiële incentives invloed op de bereidwilligheid van actoren om te participeren aan dit soort overeenkomsten. Karakteristieken zoals de soorten en hoeveelheden actoren die meedoen, de wijze waarop risico verdeeld wordt en wat er met besparingen gedaan worden, kunnen invloed hebben op de totstandkoming van shared savings afspraken.

Verwachting 3: De verwachting is dat (beoogde) contract karakteristieken van invloed zijn op de totstandkoming en verdere implementatie van shared savings. Contract karakteristieken die helder geconcretiseerd zijn en die direct voordeel opleveren voor de betrokken actoren maken de totstandkoming van shared savings afspraken eenvoudiger.

2.5 Governance Networks en Netwerk Governance

De wijze waarop een samenwerkingsverband als de ACO ingericht wordt is mede bepalend voor het verloop van de implementatie ervan (Fisher et al., 2012). Governance vraagstukken zijn hierbij van belang. Vanwege het samenwerkingsvraagstuk als aandachtspunt in dit onderzoek zal in gedeelte dieper ingegaan worden op netwerk samenwerking.

In de literatuur is veel onderzoek gedaan naar governance en netwerken. Het wijdverspreide gebruik van het concept governance maakt het een lastig te definiëren term (Koppenjan & Klijn, 2016). Het is in zekere zin een modewoord (Klijn, 2008). Ook het netwerk als metafoer kent een overmaat aan invullingen (Torfing, 2005). Dit neemt niet weg dat beide begrippen een wezenlijke rol spelen in ontwikkelingen in het openbaar bestuur en de publieke sector als geheel. Bestuurskundig gezien zijn het dan ook relevante concepten. Gezien de ambigue aard van het woord zijn er in de bestuurskundige literatuur meerdere pogingen gedaan om governance en netwerk governance te definiëren en verder te duiden.

2.5.1 Governance

Governance is een begrip dat op veel verschillende manieren in een groot aantal disciplines wordt gebruikt (Kersbergen & Waarden 2004). Het is een verzamelnaam geworden voor een steeds breder spectrum aan onderwerpen (Klijn, 2008). Dit heeft tot gevolg dat het verschillende betekenissen heeft afhankelijk van de context waarin het gebruikt wordt. Koppenjan en Klijn (2016) onderscheiden vier dominerende betekenissen voor governance: governance als good governance of corporate governance, governance als NPM of markt governance, governance als multilevel governance of intergouvernementele relaties en dan nog governance als netwerk governance.

2.5.2 Governance als netwerk governance

Een aantal van de manieren waarop governance gebruikt wordt berust op een aantal onjuiste aannames (Klijn, 2008; Koppenjan & Klijn, 2016). Ten eerste wordt ten onrechte gedacht dat governance nu overal aanwezig is in het openbaar bestuur. Het nieuwe sturingsmechanisme dat New Public Governance (NPG) heet, waar (netwerk) governance een centraal onderdeel van uitmaakt, is niet zozeer in de plaats gekomen van eerdere mechanismen zoals het eerder benoemde NPM en het oudere, klassiekere model van Traditional Public Management (TPA) waarin onder andere elementen van bureaucratie en hiërarchie in voorkomen, maar is naast deze mechanismen komen te bestaan (Van der Steen, Scherpenisse & Van Twist, 2015). Dit gaat zelfs

zo ver dat er hybride vormen van sturing ontstaan waarbij organisaties worden bestaan uit meerde van de sturingsmodellen of zelfs mengvormen hiervan (Christensen & Lægheid, 2011).

Een tweede misvatting die voorkomt in het gebruik van governance is dat governance NPM omvat (Klijn, 2008; Koppenjan & Klijn, 2016). NPM is opgekomen in een poging een einde te maken aan de inefficiëntie en onbeheersbaarheid van het publieke bestel als resultaat van het werken met TPA kenmerken. Hoewel een belangrijk onderdeel van het NPM het decentraliseren van beleidsimplementatie is doormiddel van specialisering, fragmentatie en privatisering, staat daar tegenover dat sturing in de kern een centrale aangelegenheid blijft (Osborne, 1993). Dit staat haaks op de horizontale sturingsarrangementen die zo kenmerkend zijn voor wat veelal verstaan wordt onder governance in de publieke sector.

Een andere assumptie die meer in literatuur uit de VS heerst, is dat governance een apolitiek of technocratisch karakter kent (Klijn, 2008; Koppenjan & Klijn, 2016). Dit idee gaat voorbij aan de inherent politieke insteek governance processen (Imperial, 2005). Bij uitstek vormen dit soort processen de manier waarop wordt gezocht naar het overbruggen van verschillen in opvattingen en belangen tussen betrokken actoren. Deliberatie en debat vormen onderdeel van de worsteling en onderhandeling die niet alleen bepalen wat de uitkomsten zijn in een bepaalde beleidskwestie, maar ook de wijze waarop de actoren het probleem benaderen (Hajer & Versteeg, 2005).

Het laatste punt van onzorgvuldigheid in het denken over governance waar Klijn en Koppenjan op wijzen, is het idee dat governance uitsluitend wordt opgemaakt uit zelfsturende netwerken (Klijn, 2008; Koppenjan & Klijn, 2016). Hoewel het hier niet zozeer gaat om een foutief idee, wekt het wel de verkeerde indruk, namelijk dat zelfsturende netwerken volledig zichzelf besturen zonder dat hier richting aan wordt gegeven door en zonder invloed van publieke of politieke actoren, zelfs zonder bewuste pogingen van governance. Overheidsactoren proberen geregeld alsnog invloed uit te oefenen op zogenaamde zelfsturende netwerken.

Op basis van de vier onnauwkeurigheden die in het denken rond governance terugkomen, kan geconcludeerd worden dat wanneer men spreekt over governance dit het best opgevat kan worden als governance in governance netwerken, oftewel netwerk governance (Klijn, 2008; Koppenjan & Klijn, 2016). Aan governance gaan in de literatuur vaak gelijksoortige theoretische onderbouwingen vooraf als aan netwerk governance. Wanneer governance in een andere context gebruikt wordt zoals bij good governance of NPM, is dit vaak op basis van theoretische gronden die weinig of niets te maken hebben met het verschijnsel van de vernieuwende werkwijze van overheden in meer horizontale samenwerkingsverbanden.

2.5.3 Netwerken

Alvorens dieper in te gaan op wat netwerk governance dan precies behelst, moet eerst nog nader uiteengezet worden wat onder netwerken wordt verstaan. Een simplistische definitie geeft een netwerk weer als een set knooppunten in combinatie met een set aan onderlinge relaties (Brass,

Galaskiewicz, Greve & Tsai, 2004). Hier kan vervolgens een raamwerk aan gehangen worden om de definitie concreet te maken. De knooppunten representeren namelijk verschillende actoren, de inhoud van de onderlinge relaties is op zijn beurt afhankelijk van de soort situatie die onderzocht wordt.

In de literatuur rond netwerk theorieën wordt in een breed scala aan overlappende definities invulling gegeven aan dit idee van actoren en hun relaties (Provan, et al., 2007). Zo gaat het er bij netwerken om dat er sprake is van langdurige uitwisselingsrelaties die tot stand zijn gekomen tussen organisaties, personen en groepen (Weber & Khademian, 2008). Van Gils & Klijn (2007) geven aan dat het gaat om stabiele patronen van sociale interactie tussen wederzijds afhankelijke actoren. De definitie kan verder geconcretiseerd worden door het verder inkleuren ervan. Zo bestaan netwerken uit wettelijk autonome organisaties die samenwerken om niet alleen hun eigen doelen te vorderen, maar om een gezamenlijk doel te behalen (Provan et al., 2007; Provan & Kenis, 2008; Provan & Lemaire, 2012).

2.5.4 Governance netwerken

In de bestuurskunde wordt veelal gesproken over governance netwerken wanneer men het over netwerken heeft. Dit is een combinatie van de eerder besproken termen governance en netwerken (Torfing, 2005). Hierin komen de aspecten terug die te maken hebben met netwerken zoals in dit hoofdstuk uiteengezet, maar dan in een governance context. Zoals vastgesteld heeft governance betrekking op het proces van sturing van de (gezamenlijke) activiteiten van de actoren in een netwerk. Torfing biedt op deze gronden een samenvattende definitie van governance netwerken die verschillende elementen van netwerken incorporeert. Zo geeft hij aan dat governance netwerken bestaan uit *“relatief stabiele horizontale articulaties van interdependente, maar operationeel autonome actoren die met elkaar interacteren doormiddel van onderhandelingen die plaatsvinden binnen een regulatief, normatief, cognitief en imaginair raamwerk dat zelfregulerend is binnen beperkingen die zijn opgesteld door externe krachten en die bijdragen aan de productie van een publiek doel”* (2005, p.307).

Belangrijk om op te merken is dat het dus gaat om veelal horizontale relaties tussen de actoren in een netwerk, voortvloeiend uit de onderlinge interdependenties, maar dat de afzonderlijke actoren niettemin zelfstandig zijn en dus niet onder directe leiding staan van derden of elkaar (Torfing, 2005). Het idee dat governance netwerken stabiel zijn komt in menig definitie voor en houdt in dat de actoren door de tijd heen steeds bij elkaar komen in de netwerkstructuur (Jones, Hesterly & Borgatti, 1997). Hoewel er dus sprake is van stabiele patronen van sociale relaties, gaat het hier niet om een statische entiteit, maar juist om een dynamisch proces van organiseren.

In dat proces speelt onderhandelen een centrale rol, het gaat hierbij echter niet alleen om de inhoud, maar ook om het gezamenlijk creëren van gedeeld begrip van relevante concepten en eenduidige visies op wat nu eigenlijk het probleem is (Hajer & Versteeg, 2005). Dit maakt zoals

Buuren, Boons en Teisman (2012) illustreren het creëren van een gelijk speelveld van belang als gaat om gedeelde definities en ideeën.

2.5.5 Netwerk governance

Zoals eerder geïllustreerd krijgen governance netwerken vorm door de sociale interacties en de processen die zich afspelen tussen de actoren. Dit gaat echter niet zomaar. Governance netwerken zijn namelijk constant onderhevig aan pogingen om invloed uit te oefenen op de processen die zich ontploegen in het netwerk (Koppenjan & Klijn, 2016). In governance netwerken hanteren actoren strategieën om invloed uit te oefenen op het proces, maar ook op de kenmerken van de netwerken. Dit is wat onder netwerk governance wordt verstaan. Hierbij is het belangrijk op te merken dat netwerk governance gaat over beïnvloeden of begeleiden van processen en niet zozeer over sturing in de traditionele zin (Klijn & Edelenbos, 2007). Dit komt door de veelheid aan verschillende actoren die complexe interacties tot gevolg hebben, wat maakt dat directe sturing niet goed mogelijk is.

Netwerk governance kan verschillende vormen aannemen afhankelijk van welke actoren de taak op zich nemen het netwerk te begeleiden en of dit door interne of externe spelers gedaan wordt (Provan & Kenis, 2008). Zo kan het zijn dat alle actoren een rol spelen in het beïnvloeden van de processen in het governance netwerk, maar ook dat een actor die taak op zich neemt. Wanneer actoren besluiten pogingen te doen om bewust het gehele governance netwerk te begeleiden en dus proberen om het geheel te coördineren zodat processen soepel verlopen en middelen efficiënt benut worden, kan dit gezien worden als netwerkmanagement (Koppenjan & Klijn, 2016). Hierbij is het doel om de samenwerking zoveel mogelijk te bevorderen. Netwerk management kan dan ook opgevat worden als onderdeel van netwerk governance.

2.6 Managen van netwerkprocessen

Doordat netwerken bestaan uit een verscheidenheid van verschillende actoren, met elk weer hun eigen ideeën over de aard van problemen en tegenstrijdige normen, waarden en belangen, is het niet vanzelfsprekend dat samenwerkingsarrangementen ook noodzakelijkerwijs in positieve resultaten uitmonden. Uit onderzoek blijkt dan ook dat bewuste management of governance in de zin van beïnvloeding van de processen in governance netwerken nodig zijn om goede uitkomsten mogelijk te maken (Klijn, Steijn & Edelenbos, 2010).

2.6.1 Collaborative governance

In governance netwerken zijn bepaalde aspecten van belang in het managen van het samenwerkingsproces om goede uitkomsten mogelijk te maken. Een raamwerk dat helder inzicht biedt in de verschillende onderdelen die een rol spelen in het governance proces is collaborative governance. In het model zijn vier variabelen terug te vinden die van essentie zijn om resultaten te bereiken: startcondities, institutioneel ontwerp, leiderschap en het collaboratieve proces (Ansell & Gash, 2008). Het collaboratieve proces staat hierbij centraal zodat de overige drie variabelen ofwel

een belangrijke contributie leveren aan dat proces, ofwel de context vormen waarbinnen dat proces zich afspeelt.

2.6.2 Startcondities

Wanneer actoren met elkaar besluiten samen te gaan werken in een netwerkkarrangement, zijn er altijd initiële verhoudingen die de samenwerking aan het begin kleuren, dit zijn de startcondities die ten grondslag liggen aan het collaboratieve proces (Ansell & Gash, 2008). Hieronder vallen macht en middelen disbalansen tussen de verschillende actoren, prikkels en motivatie die aanzetten tot participatie aan de samenwerking en de voorgeschiedenis van eerdere samenwerkingen of conflicten tussen de betrokken partijen.

2.6.3 Faciliterend leiderschap

Om de verschillende actoren rond de tafel te kunnen brengen en hen door de lastige momenten in het samenwerkingsproces te loodsen, is het van groot belang dat er sprake is van leiderschap (Ansell & Gash, 2008). Hoewel het niet gezegd is dat onderhandelingen zonder deze ondersteuning niet mogelijk zijn, speelt faciliterend leiderschap wel een wezenlijke rol in het bijeen brengen van de verschillende spelers en om de samenwerking te versoepelen.

2.6.4 Institutioneel ontwerp

De regels en procedures waaraan de samenwerking is onderworpen vormen het institutioneel ontwerp dat ten grondslag ligt aan het netwerk (Ansell & Gash, 2008). Het gaat hierbij om de interne regels van de samenwerking. Hieronder vallen zaken als toegang tot deelname en wijze waarop afspraken gemaakt worden.

2.6.5 Het samenwerkingsproces

In het daadwerkelijk samenwerkingsproces zijn verschillende onderdelen te onderscheiden die van belang zijn voor een voorspoedige samenwerking (Ansell & Gash, 2008). Deze elementen lopen niet zozeer chronologisch na elkaar, als wel door elkaar heen zodat het moeilijk dan wel niet mogelijk om te zeggen is wat het eerst komt. Deze aspecten van de samenwerking hangen dan ook eerder cyclisch met elkaar samen als waren het feedbackloops.

2.6.5.1 *Face-to-face dialoog*

Een essentieel onderdeel van het samenwerkingsproces zijn de momenten waarop de partijen met elkaar in persoon samenkomen om de dialoog aan te gaan (Ansell & Gash, 2008). De werkrelaties in netwerk samenwerkingen kunnen op verschillende manieren vorm gegeven worden. Zo is het in meer simplistische collaboratieve arrangementen goed denkbaar dat er enkel sprake is van formele ontmoetingen beperkt in aantal, waar individuen uit de verschillende organisaties bijeenkomen naar aanleiding van de samenwerking (Huxham, Vangen & Eden, 2000). In meer complexe vormen komen meerdere mensen, soms zelfs allemaal, uit de verschillende organisaties in verschillende interacties met elkaar in contact. Werkrelaties tussen de organisaties kunnen zelfs een dagelijkse basis hebben. Hoe samenwerkende organisaties besluiten interacties met elkaar in te vullen en

hoe vaak zij dit doen kan context afhankelijk zijn en is vaak eerder resultaat van organisatiepolitieke overwegingen dan praktische.

De dialoog kan naast in persoon ook op andere manieren aangegaan worden. Hierbij valt te denken aan de verschillende media die hierin ondersteunend kunnen werken. Fysieke ontmoetingen worden echter wel geacht een bevorderlijk effect te hebben op de samenwerking. Het zijn immers dit soort gelegenheden waarop de actoren met elkaar kunnen onderhandelen en delibereren over de te nemen koers (Ansell & Gash, 2008). Dit is echter niet de enige reden dat dit soort momenten zo een cruciaal aspect zijn. Het zijn ook juist bij dit soort face-to-face bijeenkomsten dat het beeld dat actoren van elkaar hebben aan verandering onderhevig zijn. Op dit soort momenten kunnen stereotypingen die men van elkaar heeft doorbroken worden of juist versterkt. Face-to-face dialoog kent dan ook een belangrijke ondersteunende functie in de ontwikkeling van de andere onderdelen van het samenwerkingsproces. Zo zal succesvol dialoog het vertrouwen tussen spelers kunnen vergroten, maar is het ook een middel om gedeelde betrokkenheid op te bouwen (Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012).

2.6.5.2 Opbouwen van vertrouwen

Vertrouwen is een prominente bouwsteen in netwerksamenwerkingen (Ansell & Gash, 2008). Werken aan het ontbreken van vertrouwen is dan ook een gebruikelijk startpunt in netwerk governance. Het opbouwen van vertrouwen is echter een tijdrovende bezigheid die nadrukkelijk lange termijn verbintenissen vraagt van de betrokken actoren. Vertrouwen kan gezien worden als de stabiele positieve verwachting van actor A ten opzichte van de intenties en motivaties die actor B heeft om zich te onthouden van opportunistisch gedrag zelfs als de mogelijkheid zich voordoet (Klijn, Edelenbos & Steijn, 2010). Anders gezegd gaat het om de bereidheid om een kwetsbare positie aan te nemen op basis van positieve verwachtingen ten opzichte van de intenties en gedragingen van een ander (Provan & Kenis, 2008). Dat vertrouwen zo belangrijk is wordt duidelijk uit de voorgaande definitie; actoren zullen zich niet snel wagen aan meer riskante ondernemingen op het moment dat zij het idee hebben dat een andere actor keuzes zal kunnen maken die in hun nadeel zijn. Pas wanneer deze achterdocht weggenomen is ontstaat de ruimte voor het formuleren van een algemeen belang.

Zoals eerder vermeld is het moeilijk om vertrouwen te ontwikkelen. Vertrouwen komt niet van het ene op het andere moment, maar wordt opgebouwd door interacties tussen actoren (Edelenbos & Klijn, 2007). Het is een karakteristiek van interactie relaties die al enige tijd bestaan. Een belangrijke conditie die een stimulerend effect heeft op het opbouwen van vertrouwen is dit soort relaties is de overtuiging bij de betrokken actoren dat het niet gaat om eenmalige gebeurtenis, maar dat het gaat om het opbouwen van een langdurige relaties waar in de toekomst nog profijt uit zal komen. Het bespreken van gedragingen en procedures en hier afspraken over maken is daarnaast ook goed voor het verbeteren van het vertrouwen. Met vertrouwen wordt het mogelijk om begrip voor elkaar op te bouwen wat betrokkenheid bij het proces vervolgens versterkt (Emerson, Nabatchi & Balogh,

2012). Vertrouwen is dus niet enkel belangrijk voor een goede uitkomst van netwerksamenwerking, maar heeft ook een significante invloed op de wijze waarop de andere proces elementen zich ontploegen en het succes hiervan.

2.6.5.3 Betrokkenheid bij het proces

De mate waarin actoren zich betrokken bij en verbonden met het proces voelen bepaalt in hoge mate het slagen van samenwerkingsprocessen in netwerken (Ansell & Gash, 2008). Het is dan ook een kritieke variabele in het verklaren van succes of falen van dit soort processen. Een dimensie van betrokkenheid is eigenaarschap over het proces. Hierbij draait het erom dat stakeholders zich niet meer als enkel afstandelijke participanten zien, maar dat ze zich ook daadwerkelijk verantwoordelijk gaan voelen voor het besluitvormingsproces en voor de uitkomsten van het proces.

2.6.5.4 Gedeeld begrip

Tijdens het collaboratieve proces behoort uiteindelijk een gedeeld begrip te ontstaan tussen de betrokken actoren (Ansell & Gash, 2008). Dit gedeelde begrip omvat meerdere aspecten. Zo is een belangrijk aspect het opdoen van een gedeelde probleemdefinitie. Niet alle organisaties die deel uitmaken van de samenwerking zullen van te voren dezelfde ideeën hebben over wat er eigenlijk gedaan moet worden. Dit heeft te maken met de verschillende achtergronden van de verschillende actoren; men beschikt niet over dezelfde hoeveelheid en soort kennis en heeft andere instapdoelen. Gezamenlijk kennis opdoen is een manier om deze kloof in perspectieven te overbruggen (Hudson, Hardy, Henwood & Wistow, 1999). Essentieel is hierbij dat er een gezamenlijke visie komt. Deze gezamenlijke visie geeft de collaboratieve samenwerking een stip aan de horizon waarnaar gewerkt wordt. Hierbij horen doelen die verder gaan dan enkel de individuele afzonderlijke doelen. Ondersteunend bij het ontwikkelen van gedeeld begrip is het gebruik van een gemeenschappelijke taal. Gezien de vaak verschillende aard van de betrokken organisaties in dit soort samenwerkingen is er niet alleen sprake van jargon dat misverstanden kan veroorzaken, maar kunnen ook uiteenlopende interpretaties gehanteerd worden van dezelfde woorden door organisatie culturele en contextuele diversiteit.

Hoewel het op het eerste gezicht een goed idee lijkt om aan het begin het gedeelde begrip te ontwikkelen en een gedeelde visie te formuleren zal dit door de eerder genoemde diversiteit van de actoren niet altijd zomaar mogelijk zijn (Huxham, Vangen & Eden, 2000). Wanneer in het begin door sterk uiteenlopende spelers het vinden van gezamenlijke waarden of doelen niet lukt, kan dit tot frustratie leiden. Als partijen bijvoorbeeld vanuit opportunisme meedoen aan de samenwerking kan dit in het begin complicerend werken. Het is in dit geval geen bevorderlijke situatie op het moment dat open gesprekken worden gehouden over de motieven en drijfveren om mee te doen aan de samenwerking. Spelers zouden teleurgesteld in elkaar kunnen raken of er zou zelfs wantrouwen kunnen ontstaan. In dit soort gevallen kan overwogen worden in het begin juist de doelen waarnaar gewerkt wordt meer open te houden zodat naarmate de tijd vordert en het

vertrouwen en de betrokkenheid bij het proces groeit zo ook meer basis is om te werken naar dat gezamenlijke begrip (Huxham, Vangen & Eden, 2000).

2.6.5.5 Omgang met tussentijdse uitkomsten

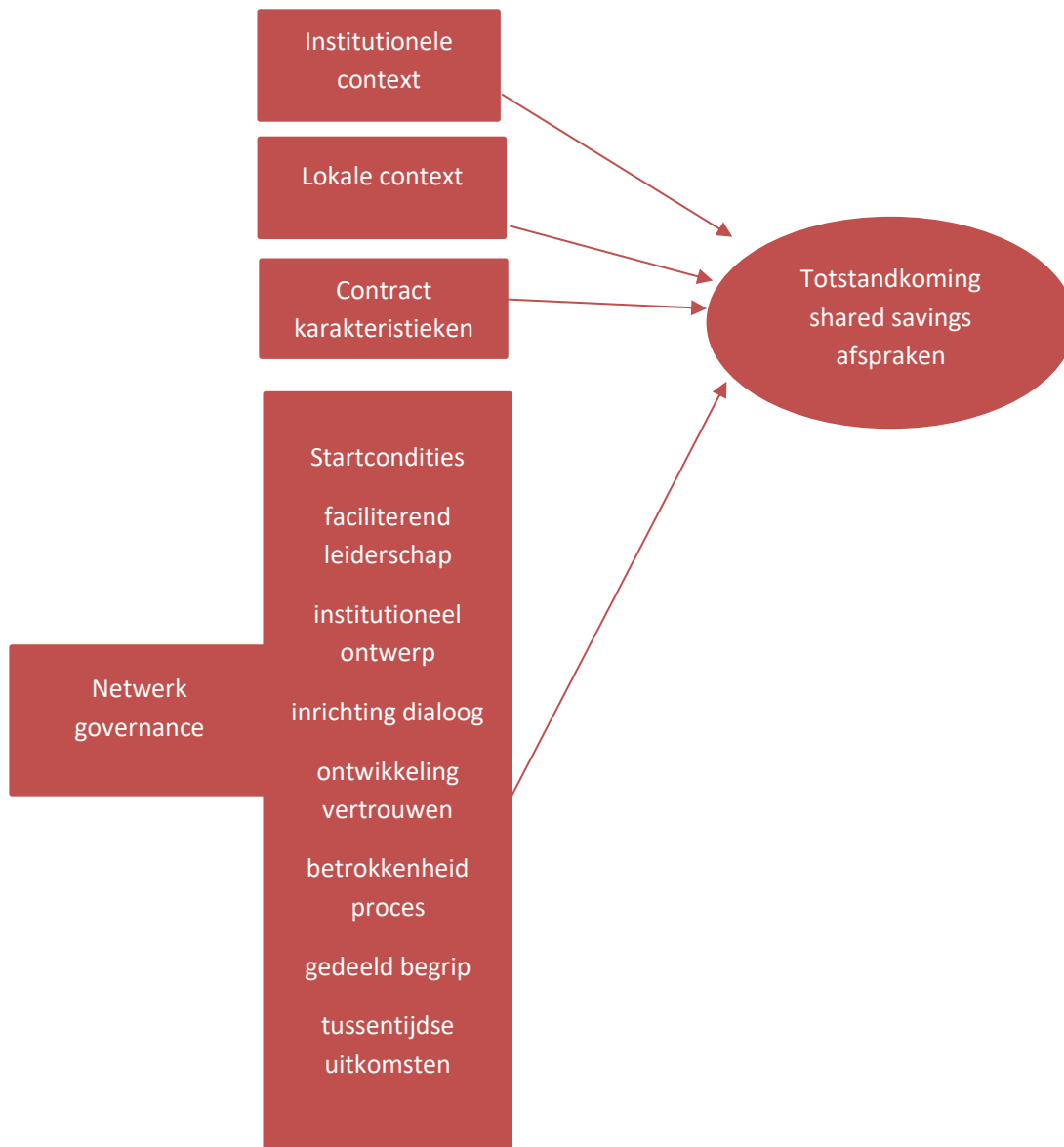
Tussentijdse uitkomsten zijn wezenlijke bouwblokken die succesvolle verloop van collaboratieve samenwerkingen stimuleren (Ansell & Gash, 2008). Het gaat hierbij om relatief kleine tussendoelen, ook wel small wins genoemd. Zaak is dat deze concreet geformuleerd zijn en dat ze binnen handbereik liggen zodat op de korte termijn concrete resultaten kunnen worden geboekt. Deze tussentijdse uitkomsten zijn natuurlijk onderdeel van het grotere geheel van de samenwerking en contribuieren hier dan ook op inhoudelijk niveau, maar het is op procesmatig niveau dat de relevantie ervan des te belangrijker is. Het behalen van dit soort eenvoudige successen zit in het positieve effect op het vertrouwen dat gesterkt wordt op het moment dat zichtbaar voordeel wordt gehaald met de samenwerking. Ook kunnen kleine tussentijdse uitkomsten helpen met het van een samenwerking op het moment dat nog geen helder gedefinieerde visie is geformuleerd zoals in het geval besproken in de vorige paragraaf. Doormiddel van het beginnen met de kleine overwinningen kan dan gaandeweg gewerkt worden naar een steeds ambitieuzer gemeenschappelijk doel mede dankzij het vertrouwen dat dan ook groeit en de bekendheid van de actoren met elkaar. Het loont in het proces om dus naar tussentijdse uitkomsten op zoek te gaan en deze kansen expliciet te formuleren en benutten. Deze kunnen op deze manier gevierd worden ten behoeve van de rest van het proces.

Verwachting 1a: de verwachting is dat netwerk governance invloed heeft op de totstandkoming van shared savings. Hoe meer samenwerking in de proeftuin gemanaged wordt op een manier waarop zoveel mogelijk wordt voldaan aan de collaboratieve proceselementen, hoe meer dit de totstandkoming van de shared savings afspraken ten goede komt.

Verwachting 1b: de verwachting is dat niet noodzakelijkerwijs aan alle collaboratieve proceselementen even intensief gewerkt hoeft te worden om toch tot shared savings afspraken te komen, maar dat sommige elementen wel van grotere invloed zijn dan anderen.

2.7 Conceptueel model

In deze paragraaf zal een conceptueel model opgesteld worden waarin de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de totstandkoming van shared savings afspraken zullen worden geplaatst in relatie hiermee.



Figuur 2. Conceptueel model van totstandkoming van shared savings afspraken

Hoofdstuk 3. Methodologische opzet

In dit hoofdstuk zal de methodologische opzet uiteengezet worden. Allereerst wordt uitleg gegeven over de onderzoekstrategie en de wijze waarop data verzameld is. Vervolgens zal ingegaan worden op de selectie van de cases en de respondenten en hoe de verzamelde data geanalyseerd is. Het voorgaande zal in verband gebracht worden met een aantal kwaliteitscriteria waarna het hoofdstuk afgesloten wordt met een operationalisatie van de centrale concepten in het onderzoek.

3.1 Onderzoekstrategie

De onderzoeksstrategie kan opgevat worden als het geheel van met elkaar samenhangende beslissingen over de wijze waarop het onderzoek uitgevoerd gaat worden (Verschuren & Doorewaard, 2007). Bij de bepaling van de onderzoeksstrategie spelen dus bepaalde overwegingen een rol die mede beïnvloed worden door de aard van het onderzoek dat uitgevoerd wordt. Keuzes tussen diepgang en breedte zoals ook tussen een kwalitatieve of meer kwantitatieve benadering zijn hierbij van belang.

In de zoektocht naar de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de totstandkoming van shared savings afspraken in de Nederlandse proeftuinen in de zorg, ligt de focus van het onderzoek op het onderzoeken van de processen die zich af hebben gespeeld in de proeftuinen gedurende de beperkte tijdsduur van de proeftuinstatus. Dit vraagt om een diepgaande aanpak gezien de proeftuinen bestaan uit een veelvoud van verschillende actoren en juist de ervaringen van die actoren cruciaal zijn om een rijk beeld te kunnen schetsen van de wijze waarop verschillende factoren in het proces zich hebben ontwikkeld. Niet zozeer gaat het om het kwantificeerbaar maken van die invloed, als wel om een meer extensieve beschrijving en verklaring van de praktijk in de proeftuinen

Om dit rijke inzicht in de ervaringen, percepties en gedragingen van de actoren in de proeftuinen te kunnen opdoen wordt gekozen voor een kwalitatieve benadering. Een kwalitatieve benadering is niet gericht op het veelvuldig gebruik van cijfers en berekeningen die verwerkt worden tot grafieken zoals in de kwantitatieve benadering, maar is een meer verbale en beschouwende vorm van onderzoek (Verschuren & Doorewaard, 2007). Percepties, opinies en ervaringen staan in de kwalitatieve benadering centraal (Swanborn, 2010).

Op basis van voorgaande keuzes wordt gekozen voor de meervoudige casestudie als onderzoekstrategie. Casestudies zijn gericht op onderzoek binnen sociale systemen zoals groepen mensen en organisaties waarbinnen het onderzochte fenomeen zich afspeelt in de natuurlijke context (Swanborn, 2013). De onderzoeker gaat hierbij gedurende een periode informatie vergaren over het onderzochte fenomeen of doet dit na afloop om de ontwikkeling ervan in kaart te brengen. De aandacht gaat hierbij uit naar processen in de case om hier zo een beter en dieper begrip van te krijgen. In een meervoudige context wordt gekozen voor een aantal cases die onderzocht worden.

Zoals eerder gezegd gaat het om een relatief klein aantal proeftuinen rond vernieuwende samenwerkingsverbanden die een geheel aan complexe processen herbergen. Een meervoudige casestudie staat het toe om in dit geval een dieper inzicht te ontwikkelen van de proeftuinen en om toch nog uitspraken te kunnen doen over shared savings in de Nederlandse zorgcontext in dit soort samenwerkingen.

3.2 Dataverzameling

In het volgende stuk zal de wijze waarop data verzameld wordt, uitgelicht worden. Hierbij wordt aandacht besteedt aan de vormen van dataverzameling en de redenen voor de keuzes in kwestie.

3.2.1 Triangulatie

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van verschillende soorten data die afkomstig zijn van verschillende bronnen. Dit wordt gedaan in het kader van triangulatie. Triangulatie staat voor het benaderen van een object vanuit verschillende hoekpunten (Swanborn, 2010). Om dit te doen wordt gebruik gemaakt van methoden triangulatie, dat wil zeggen het gebruik van meerdere methoden van dataverzameling (Flick, 2004). Daarnaast is sprake van bronnentriangulatie, oftewel het verzamelen van data van verschillende bronnen.

3.2.2 Diepte-interviews

Data wordt hoofdzakelijk verzameld middels diepte-interviews met actoren die een rol hebben gespeeld in de proeftuinen. Ook wordt er een groepsinterview gehouden met een tweetal respondenten. Omdat het onderzoek tot op zekere hoogte een exploratief karakter heeft, wordt gebruikt gemaakt van het semigestructureerde interview. Dit biedt als voordeel dat eenvoudig kan worden ingespeeld op nieuwe of onvoorziene informatie. Dit is nodig omdat hoewel er een aanzienlijke hoeveelheid informatie van te voren kan worden opgedaan, de proeftuinen wel dermate van elkaar verschillen dat ruimte voor nuance belangrijk is bij het vergaren van de beoogde data. Het nadeel is wel dat met het semigestructureerde vraaggesprek het risico bestaat op het meegaan in minder relevante details die een respondent wel aan het hart gaan. Het is dus zaak dat zoveel mogelijk geprobeerd wordt het overzicht te behouden en het doel voor ogen te houden. Om openheid van het interview te faciliteren wordt gebruik gemaakt van een topiclijst waarop te bespreken onderwerpen staan aangegeven. De topiclijst is in de bijlage te vinden. Bronnentriangulatie wordt bereikt door respondenten te ondervragen die gelieerd zijn aan verschillende partijen die onderdeel zijn van de samenwerking in een proeftuin.

3.2.3 Documentenanalyse

Naast de primaire data afkomstig van interviews en het groepsinterview wordt gebruik gemaakt van secundaire data in de vorm van een verscheidenheid aan documenten. De niet-uitgelokte data bestaat allereerst uit academische literatuur met het onderwerp shared savings en netwerk governance. Naast de wetenschappelijke literatuur wordt gebruik gemaakt van onderzoeksrapporten die zich richten op de Nederlandse proeftuinen in de zorg in het specifiek, het onderzoeksobject in dit onderzoek. Ook relevante kamerstukken en andere beleidsnotities

worden benut ter onderbouwing van de data. Ten slotte wordt gebruik gemaakt van beleidsdocumenten en –plannen zoals opgesteld door de individuele proeftuinen zelf.

3.3 Selectie van cases en respondenten

In deze paragraaf zullen de selectieprocedures die gebruikt worden om de cases en de respondenten te selecteren afzonderlijk besproken worden.

3.3.1 Case selectie

Bij de selectie van de cases wordt in eerste instantie gekeken naar bestaande data in de vorm van documentatie en rapporten die zijn opgesteld door de proeftuinen of andere betrokken organisaties zoals kennisinstellingen. Op basis van de beschikbare informatie wordt een voorlopige classificatie gemaakt van proeftuinen die zich voorgenomen hebben met shared savings te werken, proeftuinen die dit niet hebben gedaan en proeftuinen waarvoor het onduidelijk is van te voren of zij met shared savings hebben willen werken. De groep van proeftuinen met een onbekende shared savings status, bestaat uit proeftuinen waarvan op basis van vooronderzoek in documenten en publicaties geen eenduidige uitspraak is te doen over shared savings, of waar informatie uit proeftuinen conflicteert met informatie van het RIVM. Er wordt voor gekozen om in eerste instantie proeftuinen te benaderen uit de groep die het zich voorgenomen hebben met shared savings te werken. Indien er weinig respons blijkt te zijn vanuit proeftuinen zullen de proeftuinen waarvan van te voren niet eenduidig is vast te stellen of shared savings een rol spelen ook benaderd worden. Van de proeftuinen waarvan het onbekend is of deze shared savings contracten een rol speelden, wordt na gegaan bij contactpersonen van die proeftuinen wat de status is aangaande shared savings.

Gezien het feit dat het centrale vraagstuk in dit onderzoek is ingericht rond de totstandkoming van shared savings afspraken is het nodig dat in de geselecteerde casus in ieder geval de intentie is geweest om shared savings te implementeren of dit uiteindelijk gelukt is of niet zodat gekeken kan worden hoe verschillende factoren hier invloed hebben gehad. Over een proeftuin die van begin af aan geen shared savings plannen heeft gehad, kunnen vanzelfsprekend geen uitspraken worden gedaan over hoe factoren van invloed zijn geweest op de totstandkoming van shared savings omdat er van begin af aan al geen sprake is geweest van werken naar shared savings.

Wel shared savings	Geen shared savings	Onbekend
MijnZorg	Populatiemanagement Eerstelijns Gezondheidszorg Regio Arnhem in Model (PELGRIM)	Slimmer met Zorg
GoedLeven		Friesland Voorop
Blauwe Zorg		Gezonde Zorg Gezonde Regio
		Samen Sterker in Zorg
		Vitaal Vechtdal

Tabel 1. Shared Savings plannen in proeftuinen

Het is in het begin gelukt om contact aan te leggen met de proeftuinen MijnZorg en GoedLeven. Omdat nog onzekerheid bestond over de hoeveelheid respondenten die gesproken zouden kunnen worden per case, is gekozen om ook in contact te komen met de proeftuinen waarvan het niet bekend was of er plannen voor shared savings waren. Uit deze groep was er geen enkele respons van Friesland Voorop en Samen Sterker in Zorg. Beide proeftuinen zijn door de onmogelijkheid met deze in contact te komen afgefallen. Waar het er eerst op leek dat Blauwe Zorg hierdoor ook niet onderzocht zou kunnen worden, is na verder onderzoek toch een mogelijkheid gevonden in contact te komen met een vertegenwoordiger. Nadat geverifieerd is dat ook in de proeftuinen met een onbekende status wat betreft shared savings in ieder geval plannen waren voor shared savings, zijn deze ook opgenomen in de te bestuderen cases. In tabel 3 staan de proeftuinen die zijn onderzocht.

Proeftuinen
- MijnZorg
- GoedLeven
- Gezonde Zorg Gezonde Regio
- Blauwe Zorg
- Vitaal Vechtdal
- Slimmer met Zorg

Tabel 2. Bestudeerde cases

3.3.2 Selectie van respondenten

De proeftuinen worden in de bestaande data voornamelijk beschreven en benoemd als geheel. Wanneer wordt ingegaan op de proeftuinen in afzonderlijk verband en betrokken partijen worden benoemd, worden zelden betrokken personen benoemd. Verder zijn bij de proeftuinen veelal actoren betrokken die op het bestuurlijk niveau van organisaties functioneren, dit zijn mensen die in het algemeen moeilijk benaderbaar zijn.

Om toch toegang te krijgen tot voldoende geschikte respondenten wordt gebruik gemaakt van de snowball sampling methode. Snowball sampling, ook wel chain referral sampling genoemd, is een methode om respondenten te verzamelen in moeilijk bereikbare populaties (Biernacki & Waldorf, 1981). Het begint met het selecteren van een eerste groep respondenten die wordt gekozen vanuit praktische overwegingen. Vaak omdat er aan het begin simpelweg geen andere respondenten vindbaar zijn gezien die verborgenheid van de onderzoekspopulatie. Wanneer de eerste respondenten verzameld zijn, wordt vervolgens aan deze respondenten gevraagd of zij elk weer een bepaald aantal respondenten kunnen rekruteren uit de onderzoekspopulatie voor deelname aan het onderzoek. Deze nieuwe respondenten worden op hun beurt weer gevraagd naar nieuwe respondenten. Op deze manier ontstaat een sneeuwbal effect totdat voldoende data is verzameld voor het onderzoek.

Zoals gezegd wordt de methode veelal gebruikt om toegang te verkrijgen tot verborgen populaties (Heckathorn, 2011). Het gaat hierbij in de praktijk vaak om kwetsbare populaties waarvan de leden om hun lidmaatschap tot de groep gestigmatiseerd zouden kunnen worden of die zich bezig houden met illegale activiteiten. Hoewel het in dit onderzoek niet gaat om een kwetsbare groep, maakt het gebrek aan data over de participanten op persoonsniveau in de proeftuinen en de bestuurlijke posities van deze participanten het lastig om direct contact te kunnen nemen met hen en om van te voren een systematische selectie te maken van de respondenten.

Om toch een eerste groep respondenten te verzamelen is gebruik gemaakt van het Kennisplein chronische zorg, een website waarop informatie te vinden was over de proeftuinen populatiemanagement. Inmiddels is het Kennisplein chronische zorg opgegaan in Zorg voor Beter, waardoor de informatie die gebruikt is om de initiële respondenten te vinden niet meer beschikbaar is. Op deze website stond per proeftuin per proeftuin een contactpersoon aangegeven. Deze personen zijn benadert en gebruikt als startpunt per proeftuin. Vervolgens is steeds aan de respondenten die reageerden op het verzoek voor deelname aan het onderzoek na afloop van de vraaggesprekken gevraagd of zij het contact konden faciliteren met andere relevante actoren die zich op bestuurlijk niveau bezig hebben gehouden met de proeftuinen. Om toch enige vorm van richting te geven aan de respondenten in het doorverwijzen naar nieuwe respondenten is per proeftuin steeds gevraagd om nieuwe contacten met bij voorkeur een andere achtergrond dan degenen met wie reeds gesprekken gevoerd waren. Dat wil zeggen dat indien al gesprekken gevoerd waren met vertegenwoordigers van ziekenhuizen en huisartsengroepen, er gevraagd

werd naar contacten met bijvoorbeeld actoren van de verzekeraarskant. Dit is niet altijd mogelijk geweest, maar op deze manier is getracht om betrokken spelers te spreken die de belangrijkste organisaties in de proeftuinen representeerden zodat een zo compleet mogelijk beeld van de proeftuinen kon worden geschetst.

Naast de gesprekken met respondenten zijn nog twee gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het RIVM en het ministerie van VWS. Deze gesprekken zijn gevoerd om meer informatie te krijgen over de proeftuinen in het algemeen en de context waarin deze bestaan.

Om de identiteit van de respondenten te beschermen gezien de openheid die zij getoond hebben bij de beantwoording van de vragen in de gesprekken, worden geen namen van respondenten genoemd. In tabel 3 staat per proeftuin aangegeven uit welke soort organisatie de respondenten kwamen die gesproken zijn.

Proeftuin	Soorten organisaties	Totaal aantal respondenten
MijnZorg	<ul style="list-style-type: none"> - Regionale ondersteuningsstructuur - Verzekeraar - Huisartsengroep 	3 respondenten
GoedLeven	<ul style="list-style-type: none"> - Regionale ondersteuningsstructuur - Verzekeraar - Consultancybureau 	3 respondenten
Gezonde Zorg Gezonde Regio	<ul style="list-style-type: none"> - Verzekeraar - Expertisecentrum medische kennis 	2 respondenten
Blauwe Zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Huisartsenorganisatie - Ziekenhuis - Verzekeraar 	3 respondenten
Vitaal Vechtdal	<ul style="list-style-type: none"> - Regionale ondersteuningsstructuur 	1 respondent
Slimmer met Zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Ziekenhuis - Verzekeraar - Patiëntenorganisatie 	3 respondenten
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> - RIVM - VWS 	2 respondenten

Tabel 3. Organisaties van respondenten per proeftuin

3.4 Data-analyse

Zoals vermeld is er gebruik gemaakt van data uit vraaggesprekken en uit relevante documentatie. Om deze te kunnen gebruiken, zijn deze geanalyseerd. Hier wordt beschreven hoe dat gedaan is.

3.4.1 Vraaggesprekken

De vraaggesprekken zijn steeds opgenomen met de goedkeuring van de respondenten. Na opname zijn deze vervolgens steeds verbatim getranscribeerd om zoveel mogelijk volledigheid van de gesprekken te behouden in de transcripten. De transcripten zijn vervolgens gecodeerd aan de hand van de qualitative content analysis methode. Hierbij vormt de onderzoeker categorieën en codes aan de hand van de theorie die gebruikt wordt om vervolgens hiermee de transcripten te coderen (Cho & Lee, 2014). Er wordt voor gekozen om met deze techniek te werken in plaats van de codeerfases zoals gebruikt in de gefundeerde theoriebenadering (Verschuren & Doorewaard, 2007). Dit is gedaan omdat de codeerfases zoals bij de gefundeerde theoriebenadering uitgaan van een beperkt theoretisch kader waaruit geput kan worden om codes te ontwikkelen waardoor het noodzakelijk is om de codes te ontwikkelen op basis van de verzamelde data. In dit onderzoek is gekozen voor een sterke theoretische basis waar kernconcepten uit zijn gedestilleerd, om deze reden zijn ook de codes hieruit ontwikkeld.

3.4.2 Documentatie

De documenten en rapporten die zijn verzameld zijn steeds doorgelezen waarna zij steeds zijn doorgenomen aan de hand van de relevante concepten in het onderzoek. Inhoudelijke punten zijn steeds genoteerd en vervolgens verwerkt in de analyse.

3.5 Kwaliteitscriteria

Twee belangrijke kwaliteitscriteria waaraan het onderzoek getoetst moet worden zijn de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek. Met deze criteria kunnen de uitkomsten van een onderzoek in context geplaatst worden zodat hier zorgvuldig mee kan worden omgegaan. Beide zullen hier uitgewerkt worden.

3.5.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid staat voor de mate waarin resultaten consistent zijn over tijd en bij herhaling (Golafshani, 2003). Belangrijk is dus dat een onderzoek zo veel mogelijk reproduceerbaar is onder verschillende omstandigheden. De betrouwbaarheid van een onderzoek zal in de meeste gevallen afhangen van toevalsfouten die in het onderzoek sluipen bij het ontwerp en de uitvoering ervan. Betrouwbaar onderzoek levert resultaat op dat stabiel is bij uitvoering door een andere onderzoeker, op een ander tijdstip, met een ander meetinstrument en onder andere omstandigheden.

Voor kwalitatief onderzoek als deze is het bewaken van de betrouwbaarheid cruciaal omdat het niet mogelijk is om het gehele onderzoeksproces volledig te standaardiseren. Zo wordt er gebruik gemaakt van topic lijsten wat de betrouwbaarheid van het onderzoek aantast. Tegelijkertijd wordt

er wel gebruik gemaakt van een solide theoretische basis om een operationalisatie te maken voor de gebruikte begrippen. Daarnaast is op basis van de uit de operationalisatie voortgekomen indicatoren gecodeerd. De vraaggesprekken ter codering zijn bewust getranscribeerd waarbij verbatim gewerkt is zodat transparantie gegarandeerd wordt. Dit maakt het eenvoudiger voor andere onderzoekers om te kunnen werken met dezelfde data en vergroot de reproduceerbaarheid. Doordat het coderen gebeurt op gestructureerde en onderbouwde manier wordt in dit onderzoek getracht toch de betrouwbaarheid van het onderzoek zo hoog mogelijk te houden. Ten slotte volgt in de discussie nog een verantwoording over eventuele fouten die de betrouwbaarheid schaden.

3.5.2 Validiteit

De validiteit van een onderzoek kan gesplitst worden in twee componenten (Swanborn, 2010). Het gaat hierbij om de interne validiteit en de externe validiteit. De interne validiteit is gericht op de instrumenten die gebruikt worden in een onderzoek. Het is altijd de vraag bij de bepaling van de interne validiteit of de onderzoeker wel meet wat hij beoogt te meten (Golafshani, 2003). Wanneer een onderzoeker met een bepaalde instrument naast het beoogde ook andere zaken meet of zelfs helemaal niet meet wat de bedoeling was, leidt dit tot systematische fouten. Het zijn dan ook systematische fouten waar de interne validiteit onder te leiden heeft. Systematische fouten zullen door herhaling niet tegen elkaar wegvallen zoals in het geval van toevalsfouten wel het geval kan zijn. De onderzoeker blijft immers ook bij herhaalde pogingen het gewenste niet meten. Doordat het in dit kwalitatieve onderzoek voor een groot gedeelte gaat om meer abstracte begrippen en concepten die moeilijk direct verifieerbaar zijn in de werkelijkheid zal het in acht houden van de interne validiteit erg belangrijk zijn om systematische fouten te voorkomen.

Om de interne validiteit zo hoog mogelijk te houden om te beginnen een diepgaande analyse gedaan van relevante literatuur op het gebied van shared savings en netwerk governance. Doordat op een uitvoerige, maar nauwgezette wijze een theoretisch kader is gevormd dat gebruikt is als basis van het onderzoek, is het mogelijk om concepten te gebruiken en te formuleren die zoveel mogelijk aansluiten bij wat beoogd wordt gemeten te worden. Verder is zoals eerder gezegd een operationalisatie gemaakt op basis van deze theoretische onderbouwing zodat de begrippen naar een lager abstractie niveau worden gehaald waardoor deze concreter in verband met de onderzoeksdoelen kunnen worden geplaatst en het beter mogelijk is ze te toetsen in de werkelijkheid.

De externe validiteit heeft betrekking op de resultaten van een onderzoek en is verbonden aan de mate waarin onderzoeksconclusies generaliseerbaar zijn (Swanborn, 2010). De generaliseerbaarheid staat voor de mate waarin onderzoeksresultaten geldig zijn voor het fenomeen of de populatie die onderzocht is in het algemeen buiten de context van het onderzoek. Dus als de conclusies van een onderzoek gebruikt kunnen worden om niet alleen de verbanden binnen het onderzoeksobject te verklaren, maar ook gegeneraliseerd kunnen worden naar de

andere soortgelijke gevallen waarin het onderzoeksobject in voorkomt, dan is de externe validiteit van het onderzoek hoog. In het geval van kwalitatief onderzoek als de case studie ligt de externe validiteit dikwijls laag (Verschuren & Doorewaard, 2007). Dit heeft te maken met de keus om een relatief beperkt aantal cases en respondenten te onderzoeken in vaak specifieke contexten om vervolgens een diep en rijk inzicht te krijgen in de problematiek in de cases.

De externe validiteit ligt in dit onderzoek relatief laag. Dit heeft te maken met het feit dat de proeftuinen een zeer specifiek fenomeen zijn met proeftuin eigen parameters die resultaten niet zomaar generaliseerbaar maken. Daar komt bij dat er een klein aantal respondenten is bevroegd voor het onderzoek. Hoewel de externe validiteit dus laag ligt betekent dat niet de onderzoeksresultaten geen waarde hebben. Ten eerste zullen uitkomsten ongeacht generaliseerbaarheid toch inzicht verschaffen in mechanismes rond het concept dat onderzocht wordt. Daar komt bij dat de resultaten mogelijk nieuwe paden openen voor onderzoek waarbij gebruik kan worden gemaakt van een grotere steekproef in verschillende contexten zoals andere landen die met elkaar vergeleken kunnen worden.

3.6 Operationalisering

In empirisch onderzoek is het van cruciaal belang dat centrale concepten nader ingevuld worden (Verschuren & Doorewaard, 2007). Dit is zo belangrijk omdat gedefinieerde begrippen het mogelijk maken om precies te kunnen zoeken in de werkelijkheid. Verder wordt zo richting gegeven aan het onderzoek zodat er geen dubbelzinnigheid kan bestaan over de betekenis van de gehanteerde concepten. Omdat het dikwijls gaat om definities van abstracte begrippen die moeilijk direct in de werkelijkheid waarneembaar zijn, is het naast het definiëren belangrijk dat de gebruikte concepten meetbaar gemaakt worden door deze uit te splitsen in indicatoren die wel in de onderzochte werkelijkheid te meten zijn. Dit proces van operationaliseren volgt in deze paragraaf. Eerst zullen de kernconcepten zoals gevonden in de theorie en gebruikt in het conceptueel model worden afgebakend en gedefinieerd waarna zij worden uitgewerkt in indicatoren. Waar nodig zullen de begrippen eerst in dimensies uitgesplitst worden die dan vervolgens uitmonden in indicatoren. Verder zullen waar mogelijk nog de waardes benoemd worden die de dimensies en indicatoren kunnen aannemen.

3.6.1 Totstandkoming van shared savings afspraken

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de totstandkoming van shared savings afspraken. In deze studie wordt dit opgevat als een conditie waarbij in een proeftuin afspraken zijn gemaakt over shared savings, maar waarbij die afspraken ook daadwerkelijk zijn gestold in een bepaalde interventie of verandering in handelswijze van betrokken organisaties. Dat wil zeggen dat er in een proeftuin ook daadwerkelijk iets moet gebeuren naar aanleiding van shared savings afspraken die worden ontworpen. Dit betekent dus dat in het geval shared savings afspraken enkel op papier bestaan zonder dat daar werkelijk invulling aan is gegeven, dit niet als totstandkoming van shared savings afspraken wordt opgevat.

3.6.2 Institutionele context

Met de institutionele context wordt het geheel aan wetten, regels en beleid bedoeld waarbinnen de proeftuinen zich afspelen. De institutionele vormt de kaart die de activiteiten van de actoren inkadert. Deze context is een product van de nationale overheid. Het biedt beperkingen, maar ook mogelijkheden. De institutionele context wordt gesplitst in twee dimensies, namelijk de wet- en regelgeving die relevant is voor de proeftuinen en de shared savings contracten, en de proeftuinstatus, wat de gevolgen hiervan inhoudt. Wet- en regelgeving wordt gemeten met de indicatoren zorgwetgeving en overige wetgeving. De proeftuinstatus wordt gesplitst in de indicatoren financiële middelen, verruiming van de wetgeving, lengteduur van de status en overige voorzieningen.

Variabele	Dimensie	Indicator	Waarde
Institutionele context	Wet- en regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> - zorgwetgeving - Overige wetgeving 	<ul style="list-style-type: none"> - Mate van compatibiliteit met shared savings: veel – weinig - Aanwezigheid verdere restrictieve wetgeving: wel – niet
	Proeftuinstatus	<ul style="list-style-type: none"> - financiële middelen - verruiming wetgeving - duur status - overige voorzieningen 	<ul style="list-style-type: none"> - Aanwezigheid financiële middelen: wel – niet - Aanwezigheid verruiming wetgeving: wel – niet - Tijdsduur in jaren: lang – kort - Aanwezigheid overige voorzieningen: wel – niet

Tabel 4 Operationalisatie van de variabele institutionele context

3.6.3 Lokale context

Onder de lokale context wordt de omgeving verstaan waarin de verschillende proeftuinen zich bevinden. Het gaat hierbij om de verzameling kenmerken die specifiek zijn voor de verschillende regio's waarbinnen de proeftuinen zich afspelen. De eerste dimensie die hierbij hoort is de complexiteit van de omgeving. Verder worden nog de dimensies geografische kenmerken onderscheiden en de perceptie van de actoren in de proeftuin ten opzichte van shared savings. De complexiteit van de omgeving wordt gemeten met de indicatoren: hoeveelheid kernactoren in de

regio, posities van de kernactoren en tegengesteldheid van belangen. Voor geografische kenmerken worden de indicatoren grootte van de populatie in de regio, de grootte van de regio en culturele kenmerken van de regio, gebruikt. De indicatoren die horen bij de perceptie van de actoren in de proeftuin op shared savings zijn de haalbaarheid van shared savings, het nut van shared savings en de interesse in shared savings.

Variabele	Dimensie	Indicator	Waarde
Lokale context	complexiteit van de omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - hoeveelheid kernactoren regio - tegengesteldheid belangen - verdeling marktaandeel van actoren - dominantie van actoren 	<ul style="list-style-type: none"> - Kernactoren: veel – weinig - Mate waarin belangen conflicteren - Verhouding waarin het marktaandeel is verspreid over de actoren in een regio - Verhouding en mate van dominantie van actoren in een regio
	geografische kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> - grootte populatie - grootte regio - culturele kenmerken regio 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoeveelheid burgers in populatie: veel – weinig - Relatieve grootte gebied van regio: groot – klein - Mate van samenwerkingskenmerken in cultuur: veel – weinig
	perceptie actoren proeftuin shared savings	<ul style="list-style-type: none"> - haalbaarheid shared savings - nut shared savings - interesse in shared savings. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perceptie haalbaarheid: wel – niet haalbaar - Perceptie nut: wel – geen nut - Mate van interesse in shared savings: veel – weinig

Tabel 5 Operationalisatie van de variabele lokale context

3.6.4 Contract karakteristieken

De contract karakteristieken staan voor de manier waarop shared savings afspraken zijn vormgegeven in de proeftuinen. Met dit begrip wordt dus het raamwerk bedoeld dat het mogelijk maakt shared savings te genereren en de voorwaarden die hierbij zijn opgesteld. Gezien het begrip relatief weinig complex is worden geen dimensies opgesteld. De indicatoren die hierbij zijn opgesteld zijn de betrokken actoren, de risicodeling, de verdeling van besparingen, het gebruik van besparingen, het soort interventie dat shared savings genereert en de zwaarte van de interventie.

Variabele	Dimensie	Indicator	Waarde
Contract karakteristieken	N.V.T.	<ul style="list-style-type: none"> - betrokken actoren - risicodeling - verdeling besparingen - gebruik besparingen - shared savings genererende interventie - zwaarte interventie 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoeveelheid: veel – weinig, type: zorgverlener, verzekeraar, etc. - verhouding/percentage waarin monetaire verliezen worden verdeeld - verhouding/percentage waarin besparingen worden verdeeld - verhouding/percentage waarin besparingen verdeeld worden onder actoren, activiteiten - soort project, zorgactiviteit - mate van complexiteit van implementatie van interventie: hoog – laag

Tabel 6 Operationalisatie van de variabele contract karakteristieken

3.6.5 Network governance

Voor het definiëren van netwerk governance wordt de theorie aangehouden zoals in het theoretisch kader uiteengezet. Dit betekent dat netwerk governance staat voor de optelsom van alle voorwaarden, activiteiten en producten die het samenwerkingsproces typeren en sturen. De dimensies die gebruikt worden zijn die welke in het collaborative governance raamwerk zijn verwerkt. Namelijk de start condities van de samenwerking, de aanwezigheid van faciliterend leiderschap, het institutioneel ontwerp van de samenwerking, de inrichting van de dialoog tussen de partijen, de ontwikkeling van vertrouwen, de betrokkenheid bij het proces van de actoren, het gedeelde begrip tussen de actoren en de omgang met tussentijdse uitkomsten. Bij de startcondities horen de indicatoren machtsbalans, redenen om te participeren en voorgeschiedenis. Faciliterend leiderschap heeft de indicatoren verbinden van actoren, begeleiden van bijeenkomsten en het concretiseren van doelen in plannen. Het institutioneel ontwerp wordt gesplitst in de indicatoren toegang tot de samenwerking, transparantie van het proces, het maken van afspraken en het ten uitvoer brengen van plannen. Dialoog heeft de indicatoren ontmoetingsvorm en frequentie van ontmoetingen. De ontwikkeling van vertrouwen wordt gemeten met de indicatoren informele ontmoetingen, openheid over afzonderlijke belangen en het elkaar leren kennen. De betrokkenheid bij het proces horen de indicatoren investeren van tijd, investeren van geld, eigenaar van het proces voelen, handelen naar gedeeld belang, erkennen van afhankelijkheid en het urgentiebesef. Het gedeeld begrip wordt gemeten met de indicatoren gezamenlijke kennisvinding, gemeenschappelijke taal, gemeenschappelijke probleemdefinitie en gemeenschappelijke visie.

Ten slotte wordt tussentijdse uitkomsten gemeten aan de hand van de indicatoren inbouwen van successen en doen van evaluaties.

Variabele	Dimensie	Indicator	Waarde
Netwerk governanc e	Startcondities	<ul style="list-style-type: none"> - machtsbalans - redenen participeren - Voorgeschiedenis 	<ul style="list-style-type: none"> - Verdeling van macht: evenredig – onevenredig - Soort redenen voor participatie: opportunistisch, idealistisch, pragmatisch - Aard van voorgaand treffen: samenwerking – conflict
	faciliterend leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> - verbinden actoren - begeleiden bijeenkomsten - concretiseren doelen plannen 	<ul style="list-style-type: none"> - Mate van verbinding zoeken tussen actoren: veel – weinig - Mate van begeleiding bijeenkomsten: veel – weinig - Mate van doelen omzetten in plannen: veel – weinig
	institutioneel ontwerp	<ul style="list-style-type: none"> - toegang tot samenwerking - transparantie proces - maken van afspraken - ten uitvoer brengen plannen 	<ul style="list-style-type: none"> - aard toegang: open – gesloten - mate van transparantie: veel – weinig - mate waarin afspraken gemaakt worden: veel – weinig - mate waarin plannen uitgevoerd worden: veel – weinig
	inrichting dialoog	<ul style="list-style-type: none"> - ontmoetingsvorm - frequentie ontmoetingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Soort ontmoetingen: bestuur overleg, heisessie etc. - Mate voorkomen ontmoetingen: vaak – zelden

	ontwikkeling vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> - informele ontmoetingen - openheid afzonderlijke belangen - elkaar leren kennen 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorkomen informele ontmoetingen: veel – weinig - Mate van openheid over belangen: sterk – zwak - mate van investeren om elkaar te leren kennen: veel – weinig
	betrokkenheid d proces	<ul style="list-style-type: none"> - investeren van tijd - investeren van geld eigenaar van het proces voelen - handelen naar gedeeld belang - erkennen afhankelijkheid - urgentiebesef 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoeveelheid tijd: veel – weinig - Hoeveelheid geld: veel – weinig - Mate van gevoel van eigenaarschap: sterk – zwak - Mate van handelen naar gedeeld belang: veel – weinig - Besef van interdependentie: sterk – zwak - Besef van urgentie: sterk – zwak
	gedeeld begrip	<ul style="list-style-type: none"> - gezamenlijke kennisvinding - gemeenschappelijke taal - gemeenschappelijke probleemdefinitie - gemeenschappelijke visie 	<ul style="list-style-type: none"> - Mate van gezamenlijke kennisvinding: veel – weinig - Mate van werken aan gemeenschappelijke taal: veel – weinig - Aanwezigheid gemeenschappelijke probleemdefinitie: wel – niet - Aanwezigheid gemeenschappelijke visie: wel – niet
	tussentijdse uitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> - inbouwen van successen - doen van evaluaties 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruimte voor inbouwen van successen: veel – weinig - Mate van voorkomen evaluaties: veel – weinig

Tabel 7 Operationalisatie van de variabele netwerk governance

Hoofdstuk 4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de feitelijk bevindingen uiteengezet worden. Per concept wordt uitgewerkt wat de resultaten zijn van het onderzoek. Waar mogelijk worden bevindingen van specifieke proeftuinen uitgelicht. Verder zullen de bevindingen worden geanalyseerd. De analyse zal afgezet worden tegen de verwachtingen om te kijken in hoeverre de verwachtingen overeenkomen met de bevindingen.

4.1 Totstandkoming shared savings afspraken

Van de zes onderzochte proeftuinen zijn er drie proeftuinen die het shared savings model daadwerkelijk hebben weten te implementeren. De drie proeftuinen die shared savings afspraken hebben geïmplementeerd zijn MijnZorg, GoedLeven en Gezonde Zorg Gezonde Regio (GZGR). Deze proeftuinen hebben in een of andere vorm shared savings afspraken kunnen maken tussen minstens twee partijen.

MijnZorg is de proeftuin die het grootste succes heeft geboekt als het gaat om het maken van shared savings afspraken. MijnZorg heeft als enige proeftuin namelijk voor twee projecten afspraken weten te maken. De projecten zullen in de paragraaf over de contract karakteristieken nog uitgebreid aan bod komen. De drie proeftuinen met afspraken hebben ieder afspraken weten te maken rond farmacieprojecten. MijnZorg heeft naast het farmacieproject nog shared savings afspraken kunnen maken met substitutie van zorg van de eerste naar de tweede lijn als basis voor die afspraken. Waar het farmacieproject nog uit relatief eenvoudig te implementeren interventies bestaat, ligt dat bij substitutie van zorg toch anders. Dat hier ook afspraken over zijn gemaakt is dan ook een belangrijke uitkomst die MijnZorg in termen van de afhankelijke variabele boven de andere onderzochte proeftuinen zet.

In GoedLeven en GZGR zijn zoals gezegd ook shared savings afspraken gemaakt, maar hier is dus enkel afspraken gemaakt rond farmacieprojecten. Bij GoedLeven is dit echter eerder gelukt dan bij GZGR gezien GZGR eerst aan andere doelstellingen heeft gewerkt. GZGR heeft aangegeven bewust te hebben gewacht omdat de infrastructuur waaraan gewerkt werd in de proeftuin eerst af moest zijn alvorens aan shared savings begonnen werd. Op deze keuze wordt in een latere paragraaf nog ingegaan.

Bij GoedLeven is dit vlotter gegaan omdat daar zoals bij MijnZorg vanaf het begin direct is gewerkt aan het zoeken naar manieren om shared savings afspraken te maken. Ook zijn zoals bij MijnZorg meerdere projecten uitgestippeld waar shared savings op toegepast zouden worden. In tegenstelling tot bij MijnZorg is dit echter toch niet geheel vruchtbaar gebleken voor meer dan alleen het farmacieproject. Hoewel GoedLeven geslaagd is in het maken van shared savings afspraken voor een farmacieproject, is dit wel als zodanig complex ervaren dat er verder geen aanstalten meer zijn gemaakt om shared savings in verdere projecten uit te werken.

In Blauwe Zorg, Vitaal Vechtdal en Slimmer met Zorg zijn geen shared savings afspraken tot stand gekomen. Bij Blauwe Zorg lijkt echter het plan voor shared savings afspraken dat in het begin is opgesteld, nog niet weg te doen. Een respondent heeft laten weten dat er gewacht wordt tot de opbrengsten van de interventies meer opleveren dan geïnvesteerd is.

4.2 Institutionele context

De context waarbinnen de proeftuinen bestaan bestaat voor een gedeelte uit wetgeving, maar worden aangevuld door de context die gecreëerd is door het ontvangen van de proeftuinstatus. Beide elementen zullen hier worden besproken.

4.2.1 Wet- en regelgeving

Op het gebied van wet- en regelgeving bevinden de proeftuinen zich in het domein van meerdere wetten zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), maar ook de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) en nog een aantal andere wetten afhankelijk van de zorgsectoren die zorgverleners betrokken bij de proeftuinen vertegenwoordigen. Hoewel in sommige proeftuinen ook gemeentes, GGZ behandelaars en maatschappelijk werkers onderdeel uitmaken van de samenwerking ligt in een groot gedeelte van de proeftuinen het zwaartepunt op het vlak van curatieve zorg. Dit neemt niet weg dat er ook interventies ontwikkeld en geïmplementeerd worden die zich tot andere domeinen richten.

Voor de shared savings projecten die zijn uitgevoerd is de Zvw een belangrijke begrenzing van de mogelijkheden. Niet alleen interventies die in proeftuinen plaatsvinden behoren binnen dit wettelijke kader te passen, maar ook iedere poging om te sleutelen aan de wijze van bekostiging moet hierbinnen passen. Nu is dit ook waar volgens de meeste respondenten het shared savings model wringt met de wetgeving. Volgens de Zvw is het namelijk voor iedere behandeling, interventie of activiteit die een zorgverlener in rekening brengt dat deze gedeclareerd wordt bij de verzekeraar middels een betaaltitel die een omschrijving bevat van de geleverde prestatie en de bijbehorende gegevens zoals maximum tarieven. Iedere bekostiging die een verzekeraar doet gaat dus aan de hand van de betaaltitel die opgegeven wordt.

Nu is het zo dat er voor shared savings nog geen betaaltitel is. Dit betekent dat er dus ook geen geld uitgekeerd mag worden door verzekeraars in de vorm van shared savings. Er zou eerst een betaaltitel moeten zijn voor shared savings benut zouden kunnen worden. Respondenten gaven aan dat een bijkomende kwestie lag in het feit dat shared savings geen traditionele uitgave zijn. Het geld is immers bespaard, maar is afkomstig van het budget dat de verzekeraar beheert. Dit betekent dat het geld geormerkt is. Dat wil zeggen het is bestemd voor besteding aan zorg. Dit maakt dat het aanvragen van een betaaltitel bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) die daarover gaat ook niet volgens de normale procedure gaat.

Volgens de beleidsregel Innovatie is het mogelijk om bij de NZa tijdelijke betaaltitels aan te vragen wanneer partijen in het veld nieuwe betaaltitels nodig hebben voor innovaties in de zorg. Ook voor

shared savings zou zo een betaaltitel aangevraagd kunnen worden volgens de NZa. De wet komt hier echter ook bij om de hoek kijken aangezien ook met een betaaltitel via de beleidsregel Innovatie de wet de verplichting stelt dat geld dat de verzekeraar uitkeert besteed moet worden aan een zorgprestatie zoals eerder vermeld. Wanneer shared savings uitgekeerd zouden worden aan zorgverleners zou dit niet zijn voor een geleverde prestatie wat het dus in strijd maakt met de wet. Het blijkt dat shared savings dus enkel in hele specifieke gevallen zou mogen worden uitgekeerd.

Naast het gegeven dat er geen betaaltitel is voor shared savings gaven respondenten aan dat er nog een wettelijke obstakel is die het werken met en uitkeren van shared savings compliceert. Deze kwestie bevindt zich echter niet op het gebied van wetten in de zorg, maar op het belastingtechnische vlak. Gerelateerd aan het bovengenoemde feit dat shared savings die uitgekeerd worden niet als een zorg uitgave kunnen worden gekwalificeerd, komt naar voren dat in het geval het zou lukken om shared savings op een wettelijk legitieme manier uit te keren, de belastingdienst de volgende drempel is die het onaantrekkelijk maakt uit te keren. Voor geld dat uitgekeerd wordt in de vorm van shared savings geldt het BTW belasting tarief van 21 procent. Voor geld dat door een verzekeraar betaald wordt aan zorgverleners geldt dit niet aangezien in de zorg dit BTW tarief niet voorkomt. Aangezien shared savings dus niet geboekt mag worden als uitgave aan zorg wordt hier wel BTW over geheven. Dat maakt dat op het moment van uitkeren direct 21 procent verloren gaat aan de belastingdienst wat de proeftuinen willen voorkomen.

4.2.2 Proeftuinstatus

Een belangrijke motivatie om over te gaan tot de benoeming van de proeftuinen was het voornemen van de minister van VWS om deze te volgen en zodoende te kunnen leren van de ervaringen in de proeftuinen. In de eerste plaats zijn de proeftuinen zelf verantwoordelijk voor het onderzoek naar de uitkomsten en effecten van het experiment. Om vergelijking van de proeftuinen toch enigszins mogelijk te maken en lessen te kunnen trekken voor het landelijk beleid heeft de minister de opdracht gegeven aan het RIVM om hier een landelijke monitor over uit te zetten.

Het RIVM heeft de Landelijke Monitor Populatiemanagement (LMP) ontwikkeld om inzicht te kunnen geven in de opzet, ervaringen en uitkomsten van de negen proeftuinen. De LMP bestaat uit twee delen: een procesmonitor en een uitkomstmonitor. In de procesmonitor worden de organisatorische kenmerken van de proeftuinen in kaart gebracht, alsook het volledige spectrum aan interventies dat uitgevoerd wordt. Er wordt in de procesmonitor hoofdzakelijk gebruik gemaakt van kwalitatieve methoden van onderzoek en dataverzameling. De uitkomstmonitor staat in het teken van het monitoren en evalueren van (de effecten van) de proeftuinen op basis van een drietal doelen, namelijk een betere kwaliteit van zorg, een betere gezondheid van de populatie en lagere kosten van de zorg. Het monitoren en evalueren gebeurt aan de hand van (inter)nationale raamwerken en indicatoren uit de literatuur. Het gaat hierbij om kwantitatief onderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van een combinatie van bestaande en nieuwe zelf verzamelde data.

Naast de opdracht aan het RIVM voor het uitzetten van een landelijke monitor voor de proeftuinen, heeft de minister van VWS toegezegd ondersteuning te willen bieden aan de proeftuinen via een begeleidingsgroep. Deze groep bestaat uit het ministerie van VWS zelf, de Autoriteit Consument & Markt (ACM), NZa en het Zorginstituut Nederland (ten tijde van het opzetten van de proeftuinstatus nog het College voor Zorgverzekeringen). De proeftuinen kunnen bij de NZa en het Zorginstituut terecht voor mogelijkheden in de beleidsregels rond bekostiging van de activiteiten en interventies en voor vraagstukken rondom de aanspraak op het basispakket. Het ACM heeft aangeboden vragen over mededinging die de proeftuinen hebben, te beantwoorden, eventueel via een informele zienswijze.

Naast de begeleidingsgroep is er een platform opgezet waarin alle proeftuinen en betrokken verzekeraar onderdeel van uitmaken. Het doel van dit platform is om kennisuitwisseling tussen de proeftuinen te faciliteren. De proeftuinen kunnen hier van elkaars ontwikkelingen op de hoogte blijven, leren van elkaars ervaringen, en oplossingen voor eventuele belemmeringen delen met elkaar. Op basis van gemeenschappelijke thema's die uit de bijeenkomsten zijn voortgevloeid zijn werkgroepen opgezet. Naast bijeenkomsten waar de verschillende actoren informatie kunnen uitwisselen en knelpunten kunnen bespreken, bestaat het platform uit een digitale omgeving die gevuld wordt met informatie. Kenniscentrum Vilans is verantwoordelijk gesteld voor het ontwikkelen van de digitale omgeving en het begeleiden van de eerder genoemde werkgroepen.

Verscheidene respondenten hebben aangegeven dat het ministerie van VWS voor de proeftuinstatus geen extra geld heeft vrijgemaakt voor de proeftuinen afgezien van het geld dat geïnvesteerd is in de eerder beschreven ondersteuning. Een ander feit dat respondenten te kennen hebben gegeven is dat er geen experimentele status is vrijgegeven aan de proeftuinen zoals dat in andere experimenten het geval kan zijn. Dat wil zeggen dat hoewel de proeftuinen in het leven geroepen zijn om te experimenteren, er verder geen ruimte is gecreëerd in de regels voor de proeftuin. Het gevolg is dat de proeven die de proeftuinen uitvoeren te allen tijde binnen de wetten en kaders van de Zvw moeten plaatsvinden. Afgezien van de respondenten, wordt ook duidelijk in kamerstukken van de toenmalige minister dat de proeftuinen alles mogen uitproberen zolang het maar past binnen de kaders van het huidige zorgstelsel.

De proeftuinstatus heeft geduurd van 2013 toen deze geïntroduceerd is door de minister en is begin 2018 tot een einde gekomen. Meerdere respondenten hebben aangegeven dat de periode van vijf jaar die de proeftuinen voor hun proeftuinstatus hebben gekregen aanzienlijk te kort is om hele grote resultaten te kunnen bereiken. Vooral in de context van gezondheidsverbeteringen is vaak gesproken van een te korte termijn om significante effecten te kunnen verwachten. Ook wanneer gesproken werd over shared savings kwam echter de als te kort ervaren tijdsduur ter sprake voor het kunnen opzetten van grotere shared savings projecten. Respondenten uit proeftuinen die shared savings wisten te realiseren gaven soortgelijke zaken aan. Hoewel de proeftuinstatus als te kort wordt ervaren voor harde resultaten, is dit voor het grootste gedeelte van

de proeftuinen geen reden om te stoppen aangezien van de ondervraagde proeftuinen allen behalve één aangaven verder te gaan met de samenwerkingsverbanden, alleen dan zonder proeftuinstatus.

De proeftuin waar de proeftuinstatus mee is begonnen is Slimmer met Zorg. De proeftuin is in 2012 naar VWS gestapt met het verzoek om verruiming van de wetgeving en steun om op een andere manier de zorgverlening te gaan inrichten in de regio Eindhoven waar de proeftuin werkzaam is. De hoop was dat er voor Slimmer met Zorg ruimte gecreëerd zou worden om te experimenteren en dat er mogelijk ook financiële middelen beschikbaar gesteld zouden worden. De minister het verzoek niet ingewilligd, maar heeft toen wel de proeftuinstatus in het leven geroepen zodat ook andere verzekeraars de kans zouden krijgen een initiatief aan te brengen die proeftuin zou worden. Hiermee zijn dus de eerder besproken maatregelen van het ministerie geïntroduceerd.

4.2.3 Institutionele context en shared savings afspraken

Van de institutionele context kan gezegd worden dat deze niet in het voordeel lagen van de totstandkoming van shared savings. De Zvw maakt het in zekere zin erg lastig om met shared savings te werken als deze dan eenmaal bereikt worden in de proeftuinen. Hoewel respondenten hebben aangegeven dat dit wel degelijk als overweging heeft meegespeeld in de wijze waarop zij aankeken tegen shared savings, heeft dit er niet toe geleid dat proeftuinen massaal het shared savings model achterwege hebben gelaten. Het ziet ernaar uit dat wet- en regelgeving beperkend kan werken, maar toch niet hoeft te betekenen dat shared savings afspraken in het geheel niet tot stand komen. Een aantal mogelijke verklaringen die hierbij spelen zijn het feit dat hoewel wetgeving shared savings op het eerste gezicht onmogelijk maakte, er toch manieren bleken om deze wetgeving enigszins te omzeilen. Shared savings konden namelijk als nog gebruikt worden via constructies met virtuele budgetten en door besparingen direct te herinvesteren in de proeftuin. Shared savings bleven hierdoor een nuttig vooruitzicht. Daarnaast lijkt het feit dat het ministerie met de proeftuinen in gesprek is gebleven over de wet- en regelgeving ook meegespeeld te hebben. Hoewel de minister van VWS in het begin benadrukte dat alles binnen de Zvw zou moeten plaatsvinden is het onderwerp op geen moment van tafel geveegd wat de hoop in stand heeft gehouden bij de proeftuinen dat er een betaaltitel zou kunnen komen. Inmiddels lijkt er ook een betaaltitel te gaan komen en zijn de proeftuinen in overleg met het ministerie om ook de belasting bezwaren op te lossen.

Van de proeftuinstatus is duidelijk geworden dat de relatief korte duur ervan, het erg beperkt experimentele karakter ervan en het ontbreken van financiële steun, iets wat in andere landen wel gebruikelijk is weinig stimulerend is geweest voor het samenwerkingsproces in de proeftuinen omdat initiatieven en projecten hierdoor meer inzet vergden van de betrokken actoren. Het is echter niet naar voren gekomen dat dit ook specifiek gevolgen heeft voor de totstandkoming van shared savings afspraken zelf. De proeftuinstatus is dan ook meer van invloed op de

samenwerkingsverbanden in hun geheel dan op specifieke elementen binnen die samenwerkingsverbanden.

Verwachting 1: de verwachting is dat de institutionele context invloed heeft op de totstandkoming van shared savings. Wetgeving zal een beperkend effect hebben op de mogelijkheden die de proeftuinen hebben om shared savings afspraken te maken en proeftuincondities kunnen juist faciliterend werken door middelen te bieden.

Met betrekking tot de verwachting kan gezegd worden dat deze grotendeels verworpen kan worden. Wet- en regelgeving lijkt wel betekenis te hebben voor de wijze waarop actoren kijken naar de totstandkoming van shared savings afspraken, maar is verder niet bepalend voor of dit soort afspraken uiteindelijk gemaakt worden. Het heeft wel betekenis voor hoe lastig het ervaren wordt om uiteindelijk shared savings afspraken vorm te geven. Verder hebben de proeftuin condities geen wezenlijk effect op de totstandkoming van shared savings afspraken.

4.3 Lokale context

De lokale context is voor iedere proeftuin net weer anders. In deze paragraaf zal per proeftuin in beeld gebracht worden hoe de omgeving in elkaar zit en wat de perceptie is ten opzichte van shared savings.

4.3.1 MijnZorg

MijnZorg is ontstaan in Oostelijk Zuid-Limburg. In deze krimpregio hebben een viertal actoren het initiatief genomen om MijnZorg te starten. Dit zijn de zorgverzekeraar, het ziekenhuis, een zorggroep van huisartsen en een patiëntenorganisatie. Het is hiermee een proeftuin met kernactoren uit de volledige zorgdriehoek van zorgverlener, zorgverzekeraar en patiënt. De regio telt 277.000 inwoners, dit is ook meteen de afgebakende populatie. Hiermee is het ook meteen een van de proeftuinen met de grootste populaties die bediend worden. De regio is daarentegen niet erg groot en de verschillende actoren zijn daardoor bekend met elkaar.

Bij MijnZorg hebben de betrokken speler van begin af aan een duidelijke rol voor shared savings in hun plannen voor de proeftuin gezien. Vooral de verzekeraar heeft hier een stimulerende rol in gespeeld omdat in hun werkwijze veelal gebruik wordt gemaakt van ervaringen die zijn opgedaan in het veld en van ontwikkelingen die er gaande zijn. Shared savings zijn in andere landen in trek en hebben daarom de interesse ook hier de interesse gewekt. Men zag bij MijnZorg shared savings als een hulpmiddel om hun doelen te bereiken en geloofde dat deze haalbaar waren getuige ook de uitgewerkte shared savings arrangementen bij de projecten.

4.3.2 GoedLeven

Proeftuin GoedLeven kent zijn oorsprong in Zeeuws-Vlaanderen. Zeeuws-Vlaanderen bestaat uit drie gemeenten: Sluis, Terneuzen en Hulst. De reikwijdte van het initiatief beperkt zich tot de inwoners van deze regio. Het gaat hierbij om een populatie van 106.500 burgers die tot de proeftuin

gerekend worden. Dit maakt dat GoedLeven zich in een groot gebied afspeelt, maar waar relatief ten opzichte van dit gebied weinig mensen wonen. In GoedLeven werken een groot aantal partijen en actoren samen. De initiatiefnemers zijn in het begin de zorgverzekeraar, het ziekenhuis en de huisartsenorganisatie geweest samen met een patiëntenorganisatie, maar de stuurgroep is niet beperkt gebleven tot deze actoren en is uiteindelijk ook gemeentes, thuiszorg organisaties en ondernemers gaan omvatten. Hiermee komt GoedLeven uit op een aanzienlijke hoeveelheid kernactoren.

Shared savings zijn ook in GoedLeven beschouwd als een middel om betere zorg mogelijk te maken. De positieve perceptie op shared savings is in het begin enigszins getemperd aangezien het als experiment werd gezien en onontgonnen terrein dat ze wilden ontdekken. Desalniettemin was er duidelijk interesse in shared savings. Gaandeweg is in het proces de aandacht voor shared savings afgenomen na het eerste project hiermee omdat het wel erg complex bleek om shared savings te calculeren en omdat de winsten minder groot waren dan gehoopt tegenover de investeringen.

4.3.3 Gezonde Zorg Gezonde Regio

De Gezonde Zorg, Gezonde Regio proeftuin heette voorheen Populatiegerichte Zorg en Financiering (PZF) regio Rijnland. Gezonde Zorg, Gezonde Regio is ontstaan als initiatief van een multidisciplinaire koepelorganisatie van eerstelijnszorg samenwerkingsverbanden, een patiëntenorganisatie, het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Gezonde Zorg, Gezonde Regio was goed voor een populatie van 55.000 burgers, maar kenmerkt zich door groei van betrokken actoren en populatie die tot de proeftuin behoort gedurende de looptijd van de proeftuin. Het is zowel met betrekking tot de grootte van de regio als tot de grootte van de populatie de kleinste van de onderzochte proeftuinen.

In proeftuin Gezonde Zorg Gezonde Regio hebben shared savings in het begin helemaal geen rol gespeeld in de proeftuin. Volgens de respondenten had dat te maken met de data infrastructuur die zij aan het opzetten waren. Shared savings hadden geen zin zolang nog niet goed te meten was wat voor veranderingen bepaalde interventies teweegbrachten in de kwaliteit van zorg en of deze dus het gevolg waren van het handelen van de proeftuin. Pas wanneer gemeten kon worden wat maatregelen eigenlijk opleveren zouden shared savings interessant worden.

4.3.4 Blauwe Zorg

Het initiatief Blauwe Zorg omvat de regio Maastricht-Heuvelland in Zuid-Limburg. De afbakening van de populatie is hier gebeurd op basis van de patiënten van de huisartsen aangesloten bij een eerstelijns zorgorganisatie in Maastricht-Heuvelland waar een aanzienlijk deel van de huisartsen in de regio bij aangesloten zijn. In totaal komt dit neer op 175.000 mensen die onder de Blauwe Zorg proeftuin vallen. De regio zelf is klein. De initiële initiatiefnemers voor Blauwe Zorg zijn de zorgverzekeraar met een marktaandeel van zeventig procent in de regio, de eerder genoemde

zorggroep, een patiëntenorganisatie en het ziekenhuis. Deze vier organisaties vormen samen de stuurgroep die verantwoordelijk is voor de algemene beleidsbeslissingen.

Bij het ontstaan van Blauwe Zorg zijn shared savings, door hen toen shared gains genoemd, gezien als middel om gedragsverandering teweeg te brengen onder de betrokken actoren. Shared savings zijn niet tot stand gekomen, maar de wijze waarop shared savings gezien worden is niet eenduidig. Een respondent geeft aan van begin af aan al weinig in het concept gezien te hebben, terwijl een andere respondent aangeeft dat er nog gewacht wordt tot er besparingen behaald worden.

4.3.5 Vitaal Vechtdal

Vitaal Vechtdal richt zich op de zorg in drie gemeenten in het Vechtdal in Overijssel: Hardenberg, Ommen en Coevorden. De 113.000 inwoners maken dan ook de populatie van Vitaal Vechtdal uit. De kernactoren zijn naast de drie gemeentes een huisartsenorganisatie, een medische en verpleegkundige zorgorganisatie waar ook een ziekenhuis onder valt, apotheken in de regio, een patiëntenorganisatie en de verzekeraar. De regio is relatief dunbevolkt, maar in verhouding tot de andere onderzochte proeftuinen niet erg klein, hoewel een respondent wel aangeeft dat het een kleine proeftuin is.

Shared savings zijn in Vitaal Vechtdal gezien als een middel om andere doelen te bevorderen. Het is voornamelijk gezien als een aantrekkelijk concept, maar het is ook als niet meer dan dat beschouwd.

4.3.6 Slimmer met Zorg

In Slimmer met Zorg is de coalitie van eerstelijns zorggroep, huisartsenorganisatie, twee zorgverzekeraars en een patiëntenorganisatie initiatiefnemer van de proeftuin. Hier zijn echter de drie ziekenhuizen uit het gebied snel als kernactoren bijgekomen in de stuurgroep. De afgebakende populatie bestaat uit de verzekerden van de twee verzekeraars die ingeschreven staan bij de huisartsen van de zorggroepen. Het gaat hierbij om ongeveer 150.000 verzekerden per verzekeraar en dus om een populatie van grofweg 300.000 in de regio Eindhoven en omstreken. Hierbij gaat het om de grootste populatie van de onderzochte proeftuinen in een middelgrote regio. Het is de enige proeftuin waar zoveel concurrerende partijen bij elkaar in de coalitie zitten.

De perceptie die de actoren in Slimmer met Zorg hadden was positief. Shared savings werd zelfs gezien als een mooie, eenvoudige manier om snel succes te behalen om te bewijzen dat de samenwerking in de proeftuin een verschil maakte. Dit gold echter niet voor alle partijen. Voornamelijk bij de ziekenhuizen heerste enige scepsis over het nut van shared savings.

4.3.7 Lokale context en shared savings afspraken

Wanneer gekeken wordt naar de lokale context en hoe dit zich verhoudt tot de totstandkoming van shared savings afspraken wordt duidelijk dat de geografische kenmerken van de regio's waarbinnen de proeftuinen plaatsvinden weinig van invloed blijken te zijn hierop. Wanneer gekeken wordt naar de meest succesvolle proeftuin, MijnZorg met meerdere projecten waar shared savings

afspraken over zijn gemaakt, tegenover de minst succesvolle proeftuin, Slimmer met Zorg waar geen shared savings afspraken zijn gemaakt en de samenwerking ook grotendeels ten einde lijkt te zijn gekomen, is te zien dat beide proeftuinen een vergelijkbare populatie bedienen die overigens beide ook groter zijn dan de rest. Tegelijkertijd heeft de proeftuin die begon met het kleinste aantal personen onder hun hoede, Gezonde Zorg Gezonde Regio ook voorzichtige successen geboekt met het maken van shared savings afspraken. GoedLeven beslaat het grootste gebied met Zeeuws-Vlaanderen, maar heeft ook successen geboekt zoals de proeftuin in het kleinste gebied Gezonde Zorg Gezonde Regio.

Op het eerste gezicht lijkt ook de hoeveelheid kernactoren weinig van belang voor de totstandkoming van shared savings aangezien MijnZorg een overzichtelijk en beperkt aantal hoofdactoren heeft, terwijl de GoedLeven juist een aanzienlijk grotere hoeveelheid kernactoren heeft. Toch hebben de meeste proeftuinen, ook die met veel kernactoren, weinig met elkaar concurrerende actoren in de kern behalve Slimmer met Zorg waar twee concurrerende zorgverzekeraars zitten en drie concurrerende ziekenhuizen, die wel allemaal van groot belang zijn voor de samenwerking in de regio door hun gelijkwaardige posities.

De percepties die actoren hadden van shared savings lijkt van betekenis te zijn geweest op de mate van moeite die zij staken in het gebruiken van het shared savings model. In de twee proeftuinen met het beste resultaat, MijnZorg en GoedLeven, was men overtuigd van het nut van shared savings en was de interesse groot, terwijl in Blauwe Zorg en Vitaal Vechtdal de perceptie meer ambigu was met betrekking tot de haalbaarheid ervan. De onenigheid die er bij Slimmer met Zorg was over het nut van shared savings is in lijn met het resultaat. De enige opvallende proeftuin is Gezonde Zorg Gezonde regio in dit opzicht gezien de lage interesse in shared savings aan het begin van het proces en de late draai om toch shared savings afspraken te gaan maken.

Verwachting 2: De verwachting is dat de lokale context invloed heeft op de totstandkoming van shared savings. Een lokale context die complexer is heeft een negatief effect op de totstandkoming van shared savings.

Over de verwachting met betrekking tot de lokale context kan niet met volledigheid gezegd worden dat de lokale context direct invloed heeft op de totstandkoming van shared savings afspraken. Enerzijds zijn bepaalde elementen zoals geografische kenmerken niet van invloed tegelijkertijd, lijkt niet zozeer de hoeveelheid kernactoren, als meer de aard van die actoren en hun onderlinge relaties mogelijk wel van invloed te zijn. Ook de perceptie lijkt van invloed te kunnen zijn op de totstandkoming van shared savings, maar de resultaten van shared savings afspraken kunnen mogelijk ook weer invloed hebben op de perceptie van shared savings. De verwachting is deels aannemelijk.

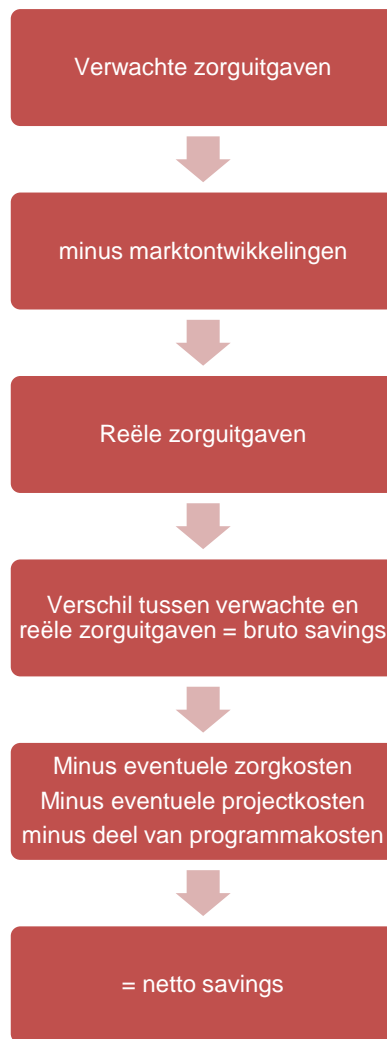
4.4 Contract karakteristieken

Van de zes onderzochte proeftuinen zijn er drie proeftuinen die het shared savings model hebben geïmplementeerd. Hier zal per proeftuin uiteengezet worden hoe de shared savings afspraken eruit zien waar deze tot stand zijn gekomen en waar mogelijk wat beoogd werd in het geval dit niet is gelukt.

4.4.1 MijnZorg

In proeftuin MijnZorg is voor een aantal projecten gewerkt met shared savings. In het model dat gehanteerd wordt stelt de verzekeraar CZ twee derde van de verminderde schadelast die bereikt wordt door de aanpak van de proeftuin ter beschikking te stellen aan de regio. Dit houdt dus in dat één derde altijd bij CZ blijft ten behoeve van de verzekerden. Dit gebeurt vanuit het solidariteitsbeginsel wat inhoudt dat in Nederland men gezamenlijk voor de zorg van elkaar betaalt. Het idee is dus dat ook een deel van de besparingen terecht komt bij de verzekeraars die niet in directe zin profijt hebben van de interventies die de proeftuin uitvoert. Zoals gezegd komt de andere twee derde aan de regio tegoed. De shared savings worden voor dit doeleinde in een fonds geparkeerd. Vanuit dit fonds worden vervolgens toekomstige activiteiten in de proeftuin gefinancierd. Over de besteding van de gelden in die innovatiepot wordt gezamenlijk door de stuurgroep aan het hoofd van de proeftuin beslist. Hoewel de afspraken zich richten op het behalen van shared savings is er tot op zekere hoogte wel sprake van tweezijdig risico. De partijen delen shared costs op het moment dat er sprake is van negatieve projectresultaten vanuit het idee van gezamenlijke verantwoordelijkheid.

In de verdere afspraken die gemaakt zijn is geregeld dat in principe de organisaties die betrokken zijn bij de proeftuin de eigen projectkosten betalen. Ook investeren zij zelf de menskracht en de middelen die nodig zijn voor de uitvoering van het programma van MijnZorg. Op het moment dat de projectkosten zo groot zijn dat een organisatie deze kosten niet redelijkerwijs kan dragen geldt dit niet. In dit soort gevallen worden projectkosten voorgefinancierd en verrekend met de shared savings die er bij positief resultaat ontstaan. Structurele kosten van individuele zorgverleners oftewel zorgkosten worden bij positief resultaat terugbetaald naar rato van het aandeel in het project tenzij er andere aanvullende afspraken zijn gemaakt. Hoewel er in de gemaakte afspraken geen melding wordt gemaakt van een deel van de shared savings die voor de zorgverleners is, geeft een respondent aan dat de zorgverleners die betrokken zijn bij de projecten wel degelijk een deel van de besparingen uitgekeerd krijgen. Het is niet duidelijk hoe groot dit aandeel zou zijn.



Figuur 3. Model shared savings MijnZorg

MijnZorg heeft de shared savings afspraken in een aantal projecten in de praktijk geprobeerd te brengen. Het eerste is het farmacieproject. Hierbij is het de bedoeling dat artsen en apothekers in de regio drie soorten geneesmiddelengroepen doelmatiger gaat proberen voor te schrijven. Dit kan door dure varianten van de geneesmiddelen te vervangen door kwalitatief gelijkwaardige, maar goedkopere generieke medicatie te vervangen. Dit werkt niet voor iedere patiënt omdat bij sommigen de duurdere medicatie toch een beter resultaat bereikt dan een gelijkwaardig generiek medicijn. Toch is de verwachting geweest dat een significant aantal patiënten kan worden overgezet naar de goedkopere medicatie. MijnZorg is erin geslaagd shared savings te genereren met het farmacieproject. Meerdere respondenten hebben bevestigd dat er inderdaad besparingen zijn gerealiseerd. Een respondent had het over een bedrag van “een kleine drie ton” die aan dit project waren toe te schrijven. Hoewel dit een positief resultaat betreft geven respondenten wel aan dat het een project is met een nog relatief lage impact. Dus hoewel er besparingen zijn, gaat het nog wel om een kleine interventie met een beperkte uitwerking. Het project was in samenwerking met het ziekenhuis en de specialisten, en verder werden de huisartsengroep en de aangesloten apothekers bij het project betrokken. Inzet van de patiënt is ook als belangrijk ervaren.

Een tweede interventie die MijnZorg gestart is waar potentiële shared savings te behalen vallen, is het eerstelijnspluszorg project. Het idee is hierbij dat er substitutie van zorg plaatsvindt door deze van de tweede lijn naar de eerste lijn te verplaatsen. Eerstelijnszorg is zorg waar een verzekerde zelf zonder verwijzing naartoe kan gaan. Dit kan behandeling zijn door de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige. Tweedelijnszorg is de gespecialiseerdere zorg waar een verzekerde een verwijzing voor nodig heeft. Het gaat vaak over zorg in het ziekenhuis of bij een andere instelling waar behandeling gebeurt door een specialist. Kenmerk van tweedelijnszorg is dat het vele malen duurder is dan eerstelijnszorg. Wanneer het mogelijk is om te voorkomen dat zorg in de tweede lijn terecht komt door dit bij de huisarts te af te handelen zouden zorgkosten in theorie omgebogen kunnen worden. In het project zijn eerstelijnspluscentra geïntroduceerd waar de huisarts in gevallen waarbij expertise van een specialist nodig is, de patiënt naartoe kan verwijzen voor een consult. De patiënt blijft onder de regie van de huisarts en komt dus niet onnodig in de tweede lijn aangezien de huisarts in overleg met de specialist de behandeling zelf vervolgt. De twee belangrijkste spelers in het project zijn de huisartsen en het ziekenhuis aangezien patiënten die in de eerste lijn gehouden worden van het productievolume van het ziekenhuis afgaat. Dit betekent een terugloop in omzet voor het ziekenhuis. Een respondent geeft aan dat men nu bezig is met het berekenen van de resultaten van dit project. De respondent geeft aan dat de verwachting is dat er shared savings gerealiseerd zullen zijn met het project. Hoe groot deze zijn uitgevallen is echter nog niet bekend.

4.4.2 GoedLeven

Proeftuin GoedLeven hanteert een vergelijkbaar model als MijnZorg, maar verschilt enigszins in de verdeling. Bij GoedLeven worden shared savings in drie delen verdeeld. Eén deel wordt aan de zorgverleners uitgekeerd die betrokken zijn bij het project dat de shared savings voortbrengt. Een ander deel wordt bij de verzekeraar ingeboekt als besparing en het laatste deel wordt in GoedLeven geïnvesteerd om de projectorganisatie te bekostigen. In tegenstelling tot Mijnzorg lijken er hier geen algemene afspraken te zijn gemaakt, maar worden de afspraken per project gemaakt.

Ook in GoedLeven is gekozen voor een farmacieproject om shared savings mee te behalen. Een respondent geeft aan dat GoedLeven een van de enigen is die daadwerkelijk harde afspraken heeft kunnen maken met betrekking tot shared savings. Dat is gebeurd voor dit project. De interventie richt zich erop om twee medicijn groepen om te zetten van specifieke medicatie naar generieke medicatie. Dit is dus een vergelijkbaar project als het farmacieproject bij MijnZorg. Het project is geslaagd aangezien een respondent aangeeft dat grofweg 75 procent van de patiënten met de medicatie in kwestie zijn overgezet van dure medicatie naar goedkopere vormen van medicatie. Dit heeft een besparing opgeleverd van “om en nabij twee en een halve ton” volgens de respondent. De besparing is vervolgens zoals eerder besproken verdeeld door een deel aan de zorgverleners die dit specifieke project hebben uitgevoerd te doen toekomen, een ander deel bij de verzekeraar als besparing te verrekenen en het laatste deel op de gezamenlijke rekening van GoedLeven te zetten. De indruk wordt gewekt dat het gaat om een verdeling waarbij ieder van de ontvangende

partijen een derde van de besparingen krijgt. Dit is echter niet geheel bevestigd. De spelers die mee hebben gedaan zijn de specialisten van het ziekenhuis, de huisartsen en de apothekers. Het gedeelte van het geld dat aan de zorgverleners uitgekeerd gaat worden gaat volgens een respondent aan de huisartsen uitgekeerd worden die een actieve rol hebben gespeeld in het bereiken van de besparingen.

In de plannen die GoedLeven opgesteld heeft over shared savings is duidelijk het beeld geschetst dat er met bekostiging geëxperimenteerd zou worden, maar dat het nog heel erg om een leerproces zou gaan. Het farmacieproject zou een eerste kennismakingsstap worden in het werken met shared savings. Er is echter geen aanwijzing dat er nog andere interventies lopen waar in het specifiek van wordt verwacht dat daar shared savings uit voort komen.

4.4.3 Gezonde Zorg Gezonde Regio

Bij GZGR is het beeld van de afspraken die zijn gemaakt rond shared savings minder duidelijk. Wat wel naar voren is gekomen is dat opbrengsten uit shared savings volgens respondenten gebruikt worden om te investeren in projecten in de proeftuin. Een artikel waarin een andere betrokkene het over gebruik van besparingen heeft, schetst echter het beeld dat een deel van de shared savings gebruikt wordt voor projecten in GZGR, maar geeft verder geen inzicht in waar het overige gedeelte ondergebracht wordt.

In GZGR is ook gewerkt met een farmacieproject. Het project is echter niet vanaf het begin van gepland of van start gegaan omdat de focus in deze proeftuin lag op het ontwikkelen van een infrastructuur waarin op een overzichtelijke manier gegevens verzameld kunnen worden. Het gaat hierbij om een big data infrastructuur die het mogelijk moet maken om op een gefundeerde manier interventies te kunnen inrichten, maar ook te kunnen evalueren. Op deze manier kan op een zeer nauwkeurig niveau gemeten worden in hoeverre een interventie positieve resultaten bereikt. Verder ligt de nadruk op de kwaliteit van zorg. In het farmacieproject van GRGZ is de insteek geweest om in de eerste plaats een daadwerkelijke verbetering te behalen van de zorg kwaliteit gemeten via medische gegevens van de patiënt. De data-infrastructuur die zij hebben ontwikkeld maakte dit al mogelijk voor het farmacieproject. Desalniettemin zijn er shared savings behaald door duurdere medicijnen te vervangen voor een goedkopere variant. In een pilot is er door in een zorgcentrum tussen de twintigduizend en dertigduizend euro aan besparingen gerealiseerd door het vervangen van de duurdere medicatie waar mogelijk voor de goedkopere varianten. Bij het project was enkel een gezondheidscentrum betrokken omdat het ging om een pilot. De respondenten wekten de indruk dat er meer shared savings projecten zouden komen nu de data-infrastructuur ontwikkeld was, maar daar zijn geen concrete voorbeelden van gegeven.

4.4.4 Blauwe Zorg

Blauwe Zorg is tijdens de loopduur van de proeftuin afstand genomen van het shared savings concept en er zijn dan ook geen afspraken geïmplementeerd. Aan het begin van het proces is echter wel een kader gespecificeerd van hoe met shared savings omgegaan zou worden.

In het hypothetische contract deden de zorgverlener, in dit geval de huisartsenorganisatie, de zorgverzekeraar en een patiëntenorganisatie mee aan het arrangement. Besparingen werden berekend aan de hand van een vergelijking tussen de totale kosten aan Zvw zorg in de regio in het te beoordelen jaar en de voorgaande jaren. In het te beoordelen jaar werden de bij de zorgkosten ook de investeringskosten voor nieuwe initiatieven in het kader van de proeftuin meegenomen. Besparingen die dan gerealiseerd werden waren dan shared savings en werden dan door drie verdeeld namelijk een deel voor zorgverlener, zorgverzekeraar en voor de patiënt. Deze konden vervolgens zelf beslissen waar het geld in te investeren. In het geval de regionale kosten bij aanvang hoger bleken dan verwacht dan werden eventuele besparingen later eerst gebruikt om die regionale kosten na het verwachte uitgangspunt te brengen.

4.4.5 Vitaal Vechtdal

Van proeftuin Vitaal Vechtdal is niets bekend over hoe shared savings afspraken eruit zouden hebben gezien.

4.4.6 Slimmer met Zorg

Van Slimmer met Zorg is weinig bekend over hoe shared savings afspraken eruit zouden hebben gezien indien deze tot stand waren gekomen, maar het uitgangspunt was wel om van een driesplitsing te gaan van eventuele besparingen waarbij zorgverlener, zorgverzekeraar en patiënt ieder een deel van de opbrengst zouden ontvangen.

4.4.7 Contract karakteristieken en shared savings

De twee proeftuinen die het succesvolst zijn geweest in de totstandkoming van shared savings zijn ook de proeftuinen waarvan de contractkarakteristieken het meest uitgebreid en systematisch waren uiteengezet van te voren. Beide proeftuinen hebben zich hierbij niet louter beperkt tot een grove verdeling, maar hebben ook de voorwaarden en condities geëxpliciteerd. MijnZorg is hierin het verst gegaan. Met GoedLeven als goed tweede. Tegelijkertijd, zijn de contractkarakteristieken bij Gezonde Zorg Gezonde Regio een stuk schimmiger, terwijl daar toch resultaat wordt geboekt. Mogelijk heeft dit te maken met de infrastructuur die daar opgebouwd is, die een deel van de moeilijkheid wegneemt die gepaard gaat met het bepalen en calculeren van shared savings zodat afspraken makkelijker tot stand komen.

Verwachting 3: De verwachting is dat (beoogde) contract karakteristieken van invloed zijn op de totstandkoming en verdere implementatie van shared savings. Contract karakteristieken die helder geconcretiseerd zijn en die direct voordeel opleveren voor de betrokken actoren maken de totstandkoming van shared savings afspraken eenvoudiger.

De verwachting lijkt aannemelijk te zijn gezien de bovenstaande punten. Het is echter moeilijk te zeggen of contract karakteristieken die direct voordeel opleveren voor de betrokken actoren ook

van invloed is op de totstandkoming van die afspraken gezien door de beperkingen van de wetgeving het uitkeren aan afzonderlijke actoren slecht mogelijk is.

4.5 Netwerk Governance

De netwerk governance processen die in de verschillende proeftuinen plaatsvinden worden in deze paragraaf per proeftuin uiteengezet.

4.5.1 MijnZorg

In MijnZorg heeft het initiatief in het begin voornamelijk gelegen bij de verzekeraar en de huisartsengroep die op zoek wilden naar een nieuwe manier van zorginrichting op basis van meer samenwerking. Het motief had voor beide veel te maken met het vinden van die nieuwe oplossingen om uitdagingen in de zorg het hoofd te kunnen bieden. De betrokken bestuurders lagen elkaar geeft een respondent aan omdat voor de start van de proeftuinen al successen waren geboekt in de regio met projecten als ketenzorg. Omdat de impact, hoewel succesvol, als beperkt werd ervaren was het doel middels de proeftuinen grootschaligere initiatieven uit te werken. Voor het ziekenhuis was het maatschappelijk belang dat gediend zou kunnen worden ook van belang, maar daarnaast was een meer concrete drijfveer belangrijk in de keuze deel te nemen aan de proeftuin. Het ziekenhuis en de huisartsengroep hadden onder eerdere bestuurders om verder niet gespecificeerde omstandigheden een verslechterde onderlinge relatie opgebouwd. Voor het ziekenhuis was de nieuwe samenwerking in de vorm van de proeftuin een goede kans om aan die verstandhouding te werken. Patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg is na overleg uitgenodigd voor deelname aan de proeftuin omdat het patiënten perspectief als relevant werd beschouwd. Niet iedere betrokkene stond hier direct achter omdat patiënten in de oudere stijl van werken op afstand van besluitvorming gehouden werd. Deze kerncoalitie is door het gehele proces leidend geweest in de proeftuin.

Omdat het samenwerkingsverband in de proeftuin als groot en complex werd gezien is er vanaf het begin voor gekozen om een programmamanager aan te stellen. De programmamanager heeft de taak het proces te begeleiden en de partijen bij elkaar te brengen. Een respondent gaf aan dat de programmamanager een duidelijk vastgelegde rol heeft waarin het faciliteren van het samenwerken centraal staat. Praten is naar eigen zeggen niet voldoende om zaken te organiseren. De programmamanager heeft dus geprobeerd te stimuleren dat er steeds concrete plannen werden gemaakt op basis van bijeenkomsten. Het maken van afspraken is als erg belangrijk ervaren voor het slagen van projecten en het organiseren van shared savings. Naarmate de tijd vorderde hebben de initiatiefnemers steeds meer zorgpartners toegelaten tot de proeftuin, maar de samenwerking met deze partijen verloopt meer op projectbasis en houdt vaak nog geen deelname aan besluitvorming in.

In proeftuin MijnZorg is het leren kennen van elkaar en het opbouwen van vertrouwen als een zeer substantieel en onmisbaar deel van het proces ervaren. Een aantal respondenten gaven aan dat de periode van de proeftuin gezien kan worden als aanloop naar het echte werk, dat wil zeggen

naar meer structurele oplossingen om de zorg naar de triple aim in te richten. Ontmoetingen speelden hierbij een grote rol. Op het niveau van de stuurgroep kwam men rond de zes tot acht keer per jaar bij elkaar. Naast deze formele momenten ziet men elkaar in verschillende configuraties en opstellingen zoals één-op-één gesprekken op verschillende momenten. Bijna wekelijks zijn er wel momenten waarop bestuurders elkaar zien en spreken over MijnZorg. Het kunnen spreken over afzonderlijke belangen zoals productieverlies voor ziekenhuizen door substitutie en dus openheid over de belangen die de organisaties hebben is gezien als een factor die het vertrouwen bevorderde. Wel was er vertrouwen nodig om in de eerste plaats over de verborgen agenda's te kunnen spreken. Verder worden bijeenkomsten ingepland om periodiek de voortgang van projecten te evalueren en te bespreken.

Naast de afzonderlijke belangen hebben de actoren naarmate het proces vorderde steeds meer een gezamenlijk belang ontwikkeld. Het gezamenlijk belang wordt geacht voor het eigen belang te komen. Gepaard hiermee gaat het feit dat de proeftuin erg veel tijd vraagt van de betrokkenen. Verder hebben de projecten vaak aanzienlijke hoeveelheden geld gekost, terwijl het resultaat nog niet evenveel heeft opgeleverd. Dat men toch blijft participeren is het besef dat om aan de triple aim te werken men wel samen moet werken omdat geen van de actoren dit alleen kan. Daarbij worden de uitdagingen in de zorg steeds dringender door stijgende zorgkosten en de vergrijzende populatie.

Aan het begin is veel tijd geïnvesteerd om een gezamenlijke visie te ontwikkelen. Hier is het eerste jaar zelfs voor uitgetrokken. Het kenmerkt de proeftuin; steeds hebben de actoren geprobeerd een gezamenlijke basis te creëren. Zo is men aan de slag gegaan met het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal door te kijken naar wat kernconcepten voor iedereen betekenen en hier overeenstemming in te vinden. Hierbij hoorde ook het gezamenlijk kijken naar en uitzoeken van wat de probleemgebieden zijn in de zorg waar de regio het meest gebaat bij is als die aangepakt worden. Tabel 8 geeft een overzicht van de netwerk governance elementen zoals deze in MijnZorg zijn ingevuld.

Dimensie	Mate waarin is voldaan aan dimensie
Startcondities	+
faciliterend leiderschap	++
institutioneel ontwerp	++
inrichting dialoog	++
ontwikkeling vertrouwen	++
betrokkenheid proces	+
gedeeld begrip	++
tussentijdse uitkomsten	+

Tabel 8 Samenvatting van netwerk governance elementen in MijnZorg

4.5.2 GoedLeven

Bij GoedLeven is de samenwerking sterk het resultaat geweest van bestuurders bij huisartsen en het ziekenhuis die tot de conclusie kwamen dat de steeds complexer wordende zorg in de krimpregio Zeeuws-Vlaanderen niet door afzonderlijke partijen kon worden vervuld. Het gevoel van onderlinge afhankelijkheid heeft hierbij dus voor de aanloop gezorgd. In het begin zijn veel gesprekken gevoerd om te bespreken wat dan precies de problemen waren in de regio en wat dat voor gevolgen zou hebben om een gezamenlijk beeld te krijgen van wat er nu eigenlijk speelde in de regio. Belangrijk was om iedereen dezelfde noodzaak te doen inzien aangezien aan het begin niet iedereen op hetzelfde informatie niveau lag. In deze periode sloten steeds meer partijen zich aan bij de samenwerking en is uiteindelijk een gezamenlijk visiedocument geformuleerd.

Na het opstellen van de visie is een programmamanager aangesteld die de leiding heeft gekregen over de uitvoering ervan. Die heeft geprobeerd zoveel mogelijk de doelen in plannen om te zetten met geformuleerde mijlpalen. Een opvolger van de eerste programmamanager heeft zich vervolgens meer toegelegd op het gezamenlijk onderzoeken met de actoren wat de zorg behoeftes waren van de inwoners in de regio. Deze programmamanager heeft ook gewerkt aan het ontwikkelen van een algemeen belang door bestuurders te stimuleren elkaar beter te leren kennen en meer openheid te creëren van de afzonderlijke belangen en verwachtingen.

Het bestuur kwam een keer in de twee maanden bij elkaar met de programmamanager die met hen vervolgens door de plannen en de voortgang liep. Hierbuiten zagen de actoren elkaar ook, veelal ook in informele ontmoetingen om elkaar beter te leren kennen en om erachter te kunnen komen wat er speelde bij de betrokken actoren. In dit soort ontmoetingen probeerde de programmamanager steeds weer concreet te maken waarom bepaalde programma keuzes nodig waren.

In GoedLeven heeft de motivatie van huisartsen en andere artsen een belangrijke rol gehad bij het uitvoeren van bepaalde projecten zoals bijvoorbeeld het eerder beschreven farmacieproject. De motivatie lag hoog, maar na een aanzienlijk aantal personeelwisselingen op bestuurlijk niveau in dezelfde periode is de samenwerking meer gefragmenteerd en lijken actoren zich niet meer te kunnen vinden in de koers van de samenwerking waardoor nu samenwerking los van elkaar ontstaan. In tabel 9 worden de bevindingen met betrekking tot netwerk governance in GoedLeven samengevat.

Dimensie	Mate waarin is voldaan aan dimensie
Startcondities	+
faciliterend leiderschap	+
institutioneel ontwerp	+
inrichting dialoog	+
ontwikkeling vertrouwen	+
betrokkenheid proces	++
gedeeld begrip	++
tussentijdse uitkomsten	+--

Tabel 9 Samenvatting van netwerk governance elementen in GoedLeven

4.5.3 Gezonde Zorg Gezonde Regio

Gezonde Zorg Gezonde Regio is een proeftuin waar de nadruk heel erg gelegen heeft op het gezamenlijk vinden van kennis. Met het ontwikkelen van de nieuwe gezamenlijke data infrastructuur waar aan is gewerkt, is niet alleen een infrastructuur ontstaan die handvatten biedt om beter uitspraken te kunnen doen over veranderingen in de zorg en de invloed van interventies op die veranderingen, maar is ook de ontwikkeling van een gemeenschappelijke taal en inzicht in de uitdagingen gekomen.

De visie van de actoren in de proeftuin was hierdoor heel erg gericht, maar wel cruciaal voor het voortstuwende van het samenwerkingsproces. Doordat de actoren zo overtuigd waren van de meerwaarde van hun activiteiten en de potentiële baten voor de zorg wanneer zij eenmaal aan de slag konden met de nieuwe infrastructuur, lag de motivatie hoog. Voor tussentijdse uitkomsten was hierdoor minder ruimte; de activiteiten van de proeftuin waren namelijk zoals gezegd voornamelijk gericht op het ontwikkelen van de infrastructuur, wat een lange termijn aangelegenheid was.

Bevorderlijk voor het proces was dat een aantal actoren elkaar al kenden en er dus geen sprake was van animositeit, al was er voor de intrede van de organisatie van de huidige programmamanager onenigheid met de vorige programmamanager. Heeft men zich voornamelijk gericht op de infrastructuur, maar opvallend is wel dat op het moment dat de infrastructuur tot stand

was gekomen dat er in relatief beperkte tijd, vooral vergeleken met de andere proeftuinen erg snel shared savings afspraken tot stand zijn gekomen. Tegelijkertijd is er door de nauwe focus op de infrastructuur verder niet erg veel oog geweest voor het werken aan vertrouwen. Tabel 10 toont het overzicht van netwerk governance in Gezonde Zorg Gezonde Regio.

Dimensie	Mate waarin is voldaan aan dimensie
Startcondities	+
faciliterend leiderschap	+
institutioneel ontwerp	+–
inrichting dialoog	+
ontwikkeling vertrouwen	+
betrokkenheid proces	++
gedeeld begrip	++
tussentijdse uitkomsten	+–

Tabel 10 Samenvatting van netwerk governance elementen in Gezonde Zorg Gezonde Regio

4.5.4 Blauwe Zorg

Bij Blauwe Zorg heeft de huisartsen organisatie het concept van Blauwe Zorg uitgedacht en voorgelegd aan de zorgverzekeraar om hier gezamenlijk aan te werken. Aanleiding waren de zorgkosten die in die periode buitensporig snel groeiden. Het ziekenhuis heeft zich vervolgens aangesloten met de vraag wat zij konden betekenen voor Blauwe Zorg. Zij deden dit omdat zij al een lange voorgeschiedenis hadden van ruim dertig jaar succesvolle samenwerking op verschillende projecten met de huisartsen.

Om Blauwe Zorg te sturen komen de bestuurders vier keer per jaar bij elkaar in een bestuur overleg. Hier worden de resultaten en de voortgang geëvalueerd en worden eventueel nieuwe initiatieven uitgewerkt. De stuurgroep heeft gezamenlijk de leiding genomen en het proces wordt dus door de verschillende actoren samen gestuurd. De huisartsengroep heeft een voortrekkersrol en is de algemene aanjager van het proces.

Doordat de betrokken partijen al zo lang met elkaar samenwerken en dus een rijk gezamenlijk verleden delen is het vertrouwen in de samenwerking van begin af aan sterk aanwezig geweest. Er is dan ook al aanzienlijk geld geïnvesteerd door de betrokken partijen om de projecten draaiende te krijgen. Ook hebben de zorgverleners zich ingezet en tijd besteed aan de invulling van de projecten. Tabel 11 geeft een overzicht van de resultaten van netwerk governance in Blauwe Zorg.

Dimensie	Mate waarin is voldaan aan dimensie
Startcondities	++
faciliterend leiderschap	+–
institutioneel ontwerp	+
inrichting dialoog	+–
ontwikkeling vertrouwen	+
betrokkenheid proces	++
gedeeld begrip	+–
tussentijdse uitkomsten	+

Tabel 11 Samenvatting van netwerk governance elementen in Blauwe Zorg

4.5.5 Vitaal Vechtdal

De drijvende kracht achter Vitaal Vechtdal komt voornamelijk uit de visie die de voorzitter van een zorggroep en het ziekenhuis hadden om zorg in de regio beter met elkaar af te kunnen stemmen. De verzekeraar is hier later bij gehaald. In de regio kenden de actoren zoals de huisartsen en het ziekenhuis elkaar goed door de kleine omvang ervan en de overzichtelijkheid die daarmee gepaard gaat.

Er is een programma coördinator aangesteld die de taak heeft zoveel mogelijk partijen die elkaar vooruit kunnen helpen met elkaar in contact te brengen. In de loop van de tijd zijn steeds meer actoren zich gaan aansluiten bij Vitaal Vechtdal, maar dan gericht op specifieke thema's of projecten. Hierbij probeert de programma coördinator om mensen met elkaar in contact te brengen. In Vitaal Vechtdal wordt relatief weinig gewerkt met strak vooraf uitgewerkte plannen of een uitgebreid programma. Dit neemt niet weg dat er drie maal per jaar een bijeenkomst is van de stuurgroep waar wordt teruggekeken op wat is gedaan om hier goedkeuring op te geven, maar ook om vooruit te kijken en richting te bepalen. Verder probeert de programma coördinator samenwerking te faciliteren door te sturen en te enthousiasmeren.

Aan het opbouwen van vertrouwen is niet specifiek gewerkt omdat men elkaar gedurende het proces wel leerde kennen. Wel zijn de partijen zich bewust van het feit dat ze samen zullen moeten werken aan de zorg omdat geen partij het alleen kan. Dit uit zich in de tijd en geld die de actoren hebben geïnvesteerd in de proeftuin. Ook de verzekeraar die in het begin terughoudend was in het vrijmaken van geld investeert nu meer.

De visie die eerder benoemd is, speelt een centrale rol in de proeftuin. Dit brengt samenhang in het geheel van actoren en domeinen waarin gewerkt wordt. Tegelijkertijd was er in het begin een sterke focus op de visie met minder oog voor resultaat, maar daar probeert de programma

coördinator meer concreetheid in aan te brengen. In tabel 12 zijn bovenstaande resultaten voor Vitaal Vechtdal verwerkt.

Dimensie	Mate waarin is voldaan aan dimensie
Startcondities	+
faciliterend leiderschap	+–
institutioneel ontwerp	-
inrichting dialoog	-
ontwikkeling vertrouwen	-
betrokkenheid proces	+
gedeeld begrip	+–
tussentijdse uitkomsten	+–

Tabel 12 Samenvatting van netwerk governance elementen in Vitaal Vechtdal

4.5.6 Slimmer met Zorg

Slimmer met Zorg is ontstaan vanuit de ambitie van twee van de zorggroepen in de regio met de twee zorgverzekeraars daar om de zorg op een slimmere manier te gaan organiseren door met elkaar te gaan samenwerken. Deze actoren hadden elkaar in het verleden al gevonden en samen gewerkt aan de ontwikkeling van projecten als ketenzorg. Het slagen ervan had hen gemotiveerd meer samen te willen doen. Opvallend is dat de zorggroepen de ziekenhuizen hierbij niet wilden betrekken, ook nadat een verzekeraar aangaf dat het beter was als de ziekenhuizen wel van meet af aan betrokken werden bij de startcoalitie.

Een wezenlijk onderdeel van het plan dat de zorggroepen met de verzekeraars uitwerkten, was substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn waardoor de ziekenhuizen alsnog betrokken moesten worden. De verontwaardiging was groot bij de ziekenhuizen omdat die het gevoel hadden gepasseerd te worden en er pas laat bij gehaald te worden. Dit heeft het samenwerkingsproces vertraagd omdat de ziekenhuizen eerst niet wilden participeren. Na meerdere gesprekken met onder andere een van de verzekeraars sloten de ziekenhuizen dan toch aan na grofweg een jaar.

Door de samenwerking heen hebben de twee zorggroepen de leiding gevoerd over de proeftuin. Er was een programmamanager, maar die heeft geen ruimte gekregen om een meer leidende of faciliterende rol te vervullen. Er ontbrak om deze reden iemand die de verbinding zocht tussen de partijen. Dat de zorggroepen als voortrekkers optraden uitte zich ook in de visie die ontwikkeld werd in de proeftuin. Deze was hoofdzakelijk gebaseerd op ideeën die vanuit de zorggroepen kwamen waardoor deze weinig gedragen werd door de ziekenhuizen buiten de algemene triple aim

doelen. Om tot de visie te komen is verder geen analyse gemaakt van de regio en van de uitdagingen die er spelen in de zorg. Dit betekent dat deze voornamelijk op intuïtie gebaseerd was.

De bestuurders kwamen om de paar weken bij elkaar in overleg, maar konden het niet altijd eens worden over het nut van bepaalde interventies of projecten. Dit had te maken met de sterk tegenstrijdige belangen van de actoren waar wel over gesproken werd, maar die niet overbrugd werden. Dit hing samen met het feit dat al een gezamenlijk gedragen visie ontbrak waardoor ook geen gezamenlijk belang ontstond. De verschillende actoren voelden wel urgentie op basis van de uitdagingen in de zorg en hebben een aanzienlijke tijd steeds weer geprobeerd om toch vooruitgang te krijgen de samenwerking. Sommige partijen hebben zich alleen niet eigenaar kunnen voelen van het proces door de eerder genoemde gebeurtenissen.

Het farmacieproject zoals eerder benoemd bedoeld om shared savings mee te bereiken was als eerste succesje ingepland om de samenwerking op gang te brengen, maar succes is uitgebleven. Het overzicht van netwerk governance in proeftuin Slimmer met Zorg is te zien in tabel 13.

Dimensie	Mate waarin is voldaan aan dimensie
Startcondities	+-
faciliterend leiderschap	-
institutioneel ontwerp	--
inrichting dialoog	+
ontwikkeling vertrouwen	-
betrokkenheid proces	-
gedeeld begrip	--
tussentijdse uitkomsten	+-

Tabel 13 Samenvatting van netwerk governance elementen in Slimmer met Zorg

4.5.7 Netwerk governance en shared savings

Bij het kijken naar netwerk governance in de proeftuinen en hoe het gegaan is in de totstandkoming van shared savings afspraken is het beeld dat naar voren komt niet volledig eenduidig door de meervoudige aard van netwerk governance. Toch worden bepaalde dingen duidelijk. Ten eerste kan gezegd worden dat MijnZorg over de gehele linie de meeste elementen op een degelijke manier invult in overeenstemming met de literatuur. Zo zijn de startcondities er bevorderlijk en is er sprake van faciliterend leiderschap waarbij veel ruimte is gemaakt voor ontmoetingen formeel en informeel om zoveel mogelijk aan vertrouwen te werken. Dat vertrouwen werd gestimuleerd door de openheid die actoren hadden over hun belangen. De doelen die uit de gemeenschappelijk gedragen visie naar voren kwamen werden in plannen uitgewerkt en vervolgens in concrete daden omgezet. Er was veel gedeeld begrip en betrokkenheid bij het proces, met tussentijdse uitkomsten

die dit versterkten. Hoewel er proeftuinen waren die het beter deden op bepaalde afzonderlijke elementen zoals Blauwe Zorg die de meest fortuinlijke startcondities had of GoedLeven waar voornamelijk in het begin de gezamenlijke motivatie van de actoren erg hoog lag, is MijnZorg de proeftuin die op de meeste punten goed scoort.

Slimmer met Zorg is als proeftuin erg geplaagd door bepaalde beslissingen die het proces getekend hebben. De keuze om niet meteen de alle belangrijke kernactoren te betrekken bij de besluitvorming. De onoverbrugde tegengestelde belangen en het ontbreken van draagvlak in veel facetten van de samenwerking hebben de proeftuin weinig goed gedaan.

Door de proeftuinen zelf zijn concepten als vertrouwen en gedeelde visie in ieder geval als erg belangrijke voorwaarden beschouwd om überhaupt met shared savings te kunnen gaan werken. Ook lijkt gedeelde begrip door middel van gezamenlijke kennisvinding cruciaal te zijn voor de totstandkoming van shared savings. De drie proeftuinen die successen hebben behaald, zijn ook gelijk de enige drie proeftuinen waar dit nadrukkelijk wel gedaan is.

Verwachting 4a: de verwachting is dat netwerk governance invloed heeft op de totstandkoming van shared savings. Hoe meer samenwerking in de proeftuin gemanaged wordt op een manier waarop zoveel mogelijk wordt voldaan aan de collaboratieve proceselementen, hoe meer dit de totstandkoming van de shared savings afspraken ten goede komt.

Verwachting 4b: de verwachting is dat niet noodzakelijkerwijs aan alle collaboratieve proceselementen even intensief gewerkt hoeft te worden om toch tot shared savings afspraken te komen, maar dat sommige elementen wel van grotere invloed zijn dan anderen.

Het eerste gedeelte van de verwachting lijkt aannemelijk op basis van bovenstaande conclusies. Het tweede gedeelte lijkt ook voor het grootste gedeelte aannemelijk hoewel het moeilijk is om te duiden of sommige elementen ook echt van grotere invloed zijn dan andere en welke dat dan zijn. Er zijn wel aanwijzingen dat dit mogelijk is zoals bijvoorbeeld wanneer het gaat over gedeeld begrip.

4.6 Onderaan de streep

Bij elkaar genomen kan gezegd worden dat alle vier onafhankelijke variabelen op een bepaalde manier bevorderlijk of beperkend kunnen werken voor de totstandkoming van shared savings. De institutionele context blijkt ingewikkelder in relatie te staan tot de totstandkoming van afspraken gezien wetgeving die shared savings in theorie verbiedt toch niet betekent dat er geen shared savings afspraken kunnen bestaan. Tegelijkertijd wordt zeker duidelijk dat actoren desalniettemin

hinder ondervinden van repressieve wetgeving. Het lijkt erop dat de institutionele context mogelijk deels loopt via de perceptie van actoren als onderdeel van de factor lokale context.

Van de lokale context wordt duidelijk dat hoofdzakelijk de perceptie van actoren jegens shared savings erg belangrijk is. Zelfs als in het begin afspraken op papier zijn ontworpen kan een negatieve perceptie het proces om de afspraken te concretiseren hinderen. Ook de verhoudingen van concurrentiegevoelige actoren in regio kunnen het proces in een proeftuin complexeren en ervoor zorgen dat shared savings afspraken buiten bereik blijven.

Contract karakteristieken en de mate waarin deze van te voren zijn uitgewerkt en uitgediept kan een positief effect hebben op de totstandkoming van shared savings afspraken. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de inzichtelijkheid van helder en breed uitgewerkte afspraken van te voren invloed heeft op de wijze waarop actoren de haalbaarheid inschatten van shared savings.

Netwerk governance lijkt een duidelijke invloed op het slagen van de totstandkoming van shared savings te hebben. Proeftuinen die op een adequate manier hun netwerken hebben gemanaged hebben het meest op het gebied van shared savings afspraken weten te bereiken. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat het moeilijk te zeggen is dat dit een directe invloed is op de totstandkoming van shared savings afspraken. Het lijkt er op dat netwerk governance mogelijk deels invloed heeft op contractkarakteristieken naast een directe invloed. Tabel 14 geeft een samenvatting van de invloed van de factoren op de totstandkoming van shared savings afspraken.

Factor	Invloed op totstandkoming van shared savings afspraken
Institutionele context	+ -
Lokale context	+ -
Contract karakteristieken	+
Netwerk governance	+

Tabel 14 Samenvatting van de invloed van de factoren op de totstandkoming van shared savings afspraken

Een mogelijk alternatieve conceptueel model op basis van de bevindingen zou er als volgt uit kunnen zien.



Figuur 4. Conceptueel model van totstandkoming van shared savings afspraken

Dit conceptueel model reflecteert de invloed lijnen die lopen vanaf de institutionele context naar de lokale context en van netwerk governance naar contract karakteristieken.

Hoofdstuk 5. Conclusie

Het moge duidelijk zijn dat de zorg de komende jaren nog grote uitdagingen tegemoet gaat zoals sterk stijgende kosten en de steeds grotere vraag naar gepersonaliseerde zorg dicht bij huis. Tegelijkertijd ontstaan in het veld steeds meer initiatieven en innovatieve samenwerkingen van gepassioneerde mensen die op zoek zijn naar antwoorden op de dilemma's die deze uitdagingen in zich dragen. Ook voor alternatieve bekostiging lijkt een relevante rol weggelegd, maar het is nog zoeken voor overheden hoe dit plaats gaat krijgen in het zorglandschap.

In dit onderzoek zijn een aantal van die innovatieve samenwerkingsverbanden onderzocht in de vorm van zes van de negen proeftuinen in de zorg die in 2013 door de minister van volksgezondheid, welzijn en sport de proeftuin status zijn toegewezen. In de proeftuinen heeft men geprobeerd antwoorden te vinden voor de uitdagingen in de zorg.

5.1 Samenvattend

In het onderzoek zijn vier variabelen onderzocht in hun relatie tot de totstandkoming van shared savings afspraken. Het ging hierbij om de institutionele context waarbinnen de proeftuinen opereren, de lokale context van de afzonderlijke proeftuinen zelf, de beoogde contractkarakteristieken voordat shared savings afspraken in de praktijk zijn gebracht en de wijze waarop netwerk governance vorm kreeg in de proeftuinen. Van drie van de zes proeftuinen werd duidelijk dat deze tot shared savings afspraken waren gekomen die daadwerkelijk waren omgezet in interventies, de andere drie varieerden van proeftuinen met afspraken enkel op papier tot proeftuinen die shared savings in het geheel achter zich hadden gelaten.

Van de institutionele context werd duidelijk dat in de context van shared savings nogal wat limitaties bestaan in de Zorgverzekeringswet en belastingtechnisch gezien die het ontwikkelen van alternatieve bekostigingsarrangementen in het algemeen en shared savings modellen in het specifiek bemoeilijken. Het opvallende is hierbij wel dat ondanks deze beperkingen er toch proeftuinen zijn die shared savings afspraken hebben bereikt middels boekhoudmethodes zoals virtuele budgetten. Dat het mogelijk is shared savings afspraken te realiseren, terwijl de institutionele context

De lokale context gaf een gemengd beeld. Geografische en demografische aspecten lijken geen weerslag te hebben op het komen tot shared savings, maar de perceptie die actoren hadden op shared savings bleek wel een rol te spelen. Waar men enthousiast was over shared savings zette men zich meer in om shared savings werkende te krijgen ondanks de lastigheden van het model. Daarbij lijkt het ook uit te maken voor de totstandkoming van shared savings hoeveel concurrentiegevoelige partijen zoals ziekenhuizen en verzekeraars van gelijkwaardige grootte in een proeftuin regio aanwezig zijn.

Van de contract karakteristieken kan gezegd worden dat de proeftuinen met de meest overzichtelijke, uitgebreide en doordachte karakteristieken, condities en uitkomsten ook de proeftuinen waren waar shared savings afspraken het meest tot stand zijn gekomen. Tegelijkertijd kan het voorkomen dat afspraken op papier relatief helder zijn geformuleerd, maar dat hier vanwege andere factoren zoals de perceptie van actoren hier verder niks mee gedaan wordt.

Ten slotte wordt duidelijk dat de wijze waarop netwerk governance wordt ingericht in een proeftuin belangrijk kan zijn voor het slagen van de proeftuin in het algemeen. Ook shared savings afspraken kunnen hier echter onder lijden. Veranderingen in netwerk governance elementen gedurende het proces kunnen ervoor zorgen dat zelfs in het geval van eerder succes met shared savings men toch niet doorpakt en plannen geen doorgang vinden.

5.2 Antwoorden op de onderzoeksvragen

Om de hoofd onderzoeksvraag te beantwoorden zullen eerst de deelvragen beantwoord worden op basis van de bevindingen uit het onderzoek.

- In hoeverre zijn shared savings afspraken tot stand gekomen in de proeftuinen?

Zoals eerder besproken zijn in drie van de zes proeftuinen shared savings tot stand gekomen in de zin van afspraken met concrete verbonden maatregelen. Van de drie is er slechts een die op meer dan een soort interventie. Van de proeftuinen waar geen afspraken tot stand zijn gekomen is er een proeftuin waar wel afspraken op papier ontworpen zijn, maar waar verder geen concrete invulling aan is gegeven.

- Wat is de invloed van de institutionele context op de totstandkoming van shared savings afspraken?

De invloed van de institutionele context op de totstandkoming van shared savings afspraken blijft enigszins ambigu. Voor zover het de Nederlandse situatie betreft hoeft een beperkende institutionele context de uiteindelijke totstandkoming niet te versperren. Tegelijkertijd kan niet gezegd worden dat er geen invloed is gezien actoren de beperkingen ervaren als complexerende factor. Verder lijkt de institutionele context ook te werken op de perceptie van actoren op de haalbaarheid van shared savings.

- Wat is de invloed van de lokale context op de totstandkoming van shared savings afspraken?

De lokale context kan via de concurrentieverhoudingen in een regio en de perceptie van actoren op shared savings invloed uitoefenen op de totstandkoming van shared savings afspraken. Een complexe omgeving met een veelheid aan concurrentiegevoelige partijen zoals ziekenhuizen en verzekeraars maakt het lastiger om tot goede shared savings afspraken te komen. Tegelijkertijd kan een negatieve perceptie ervoor zorgen dat actoren shared savings achterwege laten, terwijl

een positieve perceptie actoren ertoe zet zich harder in te zetten voor shared savings afspraken ondanks de ervaren moeilijkheid ervan.

- Wat is de invloed van shared savings contract karakteristieken op de totstandkoming van shared savings afspraken?

Als contract karakteristieken op papier op een adequate en omvattende manier zijn uitgewerkt kan dit tot een grotere kans leiden op de totstandkoming van die afspraken in concrete maatregelen. Deze invloed is echter ook beperkt in die zin dat voorwaarden en condities op papier niet voldoende zijn om te leiden tot de totstandkoming van die afspraken als niet in enige mate aan de andere factoren wordt voldaan.

- Wat is de invloed van netwerk governance op de totstandkoming van shared savings afspraken?

Netwerk governance is een belangrijke conditie voor de totstandkoming van shared savings afspraken. Proeftuinen die netwerk governance op een adequatere manier hebben ingericht hebben een grotere kans om te slagen in de totstandkoming van die afspraken. Toch is het moeilijk te zeggen in hoeverre dit een directe invloed is van netwerk governance op de totstandkoming als die er al is. Een deel van de invloed lijkt in ieder geval ook door de contract karakteristieken te lopen. Bij elkaar genomen blijft de grote relevantie van netwerk governance als voorwaarde om de totstandkoming mogelijk te maken zichtbaar.

- **Wat zijn de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de totstandkoming van shared savings afspraken in de Nederlandse proeftuinen populatiemanagement en hoe hangt de wijze waarop de proeftuinen worden gemanaged hiermee samen?**

Het wordt duidelijk dat het moeilijk te zeggen is welke factoren nu echt het belangrijkste zijn als het gaat om invloed op de totstandkoming van shared savings afspraken in de Nederlandse proeftuinen. Toch lijken in ieder geval de perceptie van actoren en contract karakteristieken van het shared savings ontwerp belangrijk om succes te bevorderen. Ook de concentratie dominante partijen in een regio hebben invloed op de mate van succes. De wijze waarop proeftuinen gemanaged worden, heeft een wezenlijk aandeel in het slagen van de totstandkoming van shared savings afspraken, maar lijkt dit meer als algemene conditie te doen waaraan voldaan moet worden omdat elementen als vertrouwen en gedeeld begrip in ieder geval nodig zijn voor shared savings, maar een directe invloed is minder helder. Desalniettemin lijkt er invloed te zijn van de wijze waarop de proeftuin gemanaged wordt en de contractkarakteristieken.

5.3 Praktische relevantie en aanbevelingen

Dit onderzoek helpt inzichtelijk te maken welke obstakels er momenteel nog zijn in het zorgdomein die geslecht moeten worden voordat op een structurelere manier gewerkt kan worden met shared savings en andere alternatieve bekostigingsmodellen.

Aan het ministerie van VWS wordt in dit licht dan ook de aanbeveling gemaakt om bij toekomstige proeven waar bekostiging een rol speelt flexibeler op te treden als het gaat om wetgeving en reguleringen. Dit betekent niet dat volledige wetten geschrapt hoeven te worden; een voorbeeld uit het buitenland is het creëren van regelvrije zones voor regio's waar geëxperimenteerd wordt met bekostiging.

Een ander punt waar rekening mee kan worden gehouden is het feit dat het experimenteren in de zorg vaak geld kost. Gedragsveranderingen in gang zetten in samenwerkingen zoals de proeftuinen kosten natuurlijk er veel tijd, maar vooral in dit soort gevallen waar alternatieve bekostiging een van de doelen is, is naast tijd en motivatie vooral ook veel geld nodig. Het is zeker geen voorwaarde voor succes, maar ondersteuning in termen van subsidies of andere hulpregelingen kunnen samenwerkingsverbanden stimuleren in hun activiteiten. Beleidsmakers doen er goed aan bij toekomstige experimenten en initiatieven uitvoerig na te gaan wat voor mogelijkheden er bestaan om deze al dan niet financieel te ondersteunen.

Beleidsmakers wordt verder aanbevolen om in het geval dat shared savings worden nagestreefd deze institutioneel te verankeren. Een voorbeeld is de VS waar met de Affordable Care Act kaders zijn geschapen die samenwerkingen van verzekeraars en aanbieders de handvatten bieden die zij nodig hebben om tot betekenisvolle shared savings afspraken te komen, maar die tegelijkertijd flexibiliteit waarborgen zodat betrokken partijen dit op hun eigen context kunnen afstemmen.

Kijkend naar samenwerkingsverbanden en alternatieve bekostiging wordt maar weer duidelijk hoe wezenlijk het is dat de basis van zo een samenwerkingsverband solide is. Het managen van samenwerkingsverbanden en netwerk governance kan niet gezien worden als bijzaak. Het wordt duidelijk in het onderzoek dat enkel enthousiasme, goede moed en de juiste bedoelingen geenszins voldoende zijn om complexe samenwerkingsdoelen zoals alternatieve bekostiging te bereiken.

Het is aan toekomstige samenwerkingsverbanden zoals de proeftuinen dan ook aan te bevelen om er altijd voor te zorgen dat er voldoende aandacht besteedt wordt aan het managen van het samenwerkingsproces, ook als dit op het eerste gezicht niet nodig lijkt. Hierbij kan gedacht worden aan het integreren van een derde partij met specialistische kennis op het gebied van netwerk governance, vooral in het geval dat betrokken actoren onvoldoende ervaring hebben met zulke complexe samenwerkingsverbanden.

5.4 Theoretische bijdrage

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de discipline van de gezondheidseconomie en dan met de nadruk op het onderwerp van bekostiging in de zorg. Hoewel de gezondheidseconomie nog relatief jong is als discipline is er al een degelijke hoeveelheid onderzoek gedaan naar alternatieve bekostigingssystemen zoals value based healthcare en aanverwante modellen. Verder is ook niet te verwaarlozen hoeveel inzicht er bestaat in hoe een optimaal bekostigingssysteem eruit zou

behoren te zien. Dit ook meteen waar de uitkomsten van dit onderzoek relevant worden. Zo veel onderzoek als dat er gedaan is naar hoe bekostiging eruit zou moeten zien, zo weinig onderzoek is er gedaan naar wat er dan eigenlijk voor veranderingen moeten plaatsvinden of aan welke voorwaarden er dan moet worden voldaan om die nieuwe bekostiging te kunnen implementeren. Dit is een kennis hiaat die het lastig maakt om de vaak theoretische bekostigingsmodellen op een adequate manier in de praktijk te kunnen brengen. Dit onderzoek toont dat het inrichten van een bekostigingsmodel niet in een vacuüm gebeurt en dat het belangrijk is om ook minder voor de hand liggende factoren zoals hoe actoren tegen een model aankijken en hoe het samenwerkingsproces verloopt rondom het implementeren van een nieuw model, in ogenschouw te nemen wanneer dit gebeurt.

5.5 Suggesties voor vervolgonderzoek

Opvallend aan de resultaten is de discrepantie tussen de institutionele context die in principe niet of nauwelijks het bestaan van shared savings arrangementen toestaat en het feit dat een groot deel van de proeftuinen zich toch bezig hebben gehouden met shared savings en hier zelfs afspraken met positieve financiële uitkomsten uit hebben weten te halen. Het duidt erop dat de institutionele context niet zo bepalend is voor het bestaan van alternatieve bekostigingsvormen als dat gedacht zou kunnen worden. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten het onderzoeken van die relatie tussen wet- en regelgeving en de wijze waarop actoren daarmee omgaan en op reageren.

Een ander aspect waar dit onderzoek geen inzicht in heeft kunnen bieden is wat nu precies de factoren zijn die maken dat netwerksamenwerkingen die shared savings afspraken hebben gemaakt ook daadwerkelijk shared savings behalen. Het lijkt voor de hand liggend dit te leggen bij het wel of niet slagen van de implementatie van interventies of projecten die shared savings zouden moeten opleveren. Uit het onderzoek is echter gebleken dat de uiteindelijke berekening van shared savings en het bepalen van de marges in het geheel niet zo voor de hand liggend is. Het kan relevant zijn om middels onderzoek gericht op juist de fase na de totstandkoming van de afspraken een breder begrip te krijgen van de gedragingen van actoren die daar van invloed op kunnen zijn.

Een ander opvallend gegeven dat duidelijk is geworden tijdens het onderzoek, is dat in alle gevallen shared savings in interventies zijn geïntegreerd die in principe niets te maken hadden met de theorie op het gedrag van zorgaanbieders en incentives. Hoewel er bij substitutie zorg verplaatst wordt van de tweede lijn naar de eerste lijn ging het hierbij niet zozeer om een maatregel om perverse prikkels in te dammen als meer om de zorg op een andere plek te realiseren. Het komt erop neer dat in geen enkel geval shared savings of andere bekostigingsmodellen gebruikt zijn om iets te doen aan de perverse prikkels in de huidige bekostigingsystematiek. Het is mogelijk nuttig om een dieper inzicht te krijgen in het verschil in resultaat tussen gevallen waar alternatieve bekostiging gebruikt wordt met het doel compensatie te regelen voor zorgaanbieders omdat een nieuwe manier van werken in de omzet snijdt en gevallen waar het tegengaan van prikkels centraal

staat. Over het gebruik van shared savings als compensatie is in de literatuur verder ook weinig bekend.

5.6 Beperkingen van en reflectie op het onderzoek

Om te beginnen is het goed om te onthouden in het wegen van de resultaten van dit onderzoek dat gezondheidszorg sterk context afhankelijk is en de resultaten in de eerste plaats relevant zijn voor de situatie in Nederland. Vergelijkingen met andere landen met vergelijkbare zorgsystemen is niet onmogelijk, maar vergt grootschaliger onderzoek en daarvoor is simpelweg de omvang en focus van dit onderzoek niet toereikend. Ook is in dit onderzoek specifiek naar shared savings gekeken en niet naar andere alternatieve bekostigingsmodellen. Hoewel in de meest brede zin enkele dingen zijn gezegd over bekostiging in het algemeen ligt de kracht van dit onderzoek toch vooral op het gebied van shared savings. Het geringe aantal cases heeft natuurlijk ook invloed op de lage generaliseerbaarheid van het onderzoek, maar tegelijkertijd moet gezegd worden dat er nog niet zo veel gevallen zijn naast de proeftuinen waar gewerkt wordt met alternatieve bekostiging in Nederland.

Een belangrijk punt wat beter had kunnen gaan in dit onderzoek is het feit dat voor sommige proeftuinen te weinig respondenten zijn gesproken. Dit gaat ten koste van de betrouwbaarheid van het onderzoek en zou idealiter anders aangepakt moeten zijn. Een andere punt van verbetering zit in het feit dat het onderzoek gedurende het proces meermaals veranderd is van focus. Ten dele heeft dit te maken gehad met bepaalde omstandigheden die zich voordeden, maar tegelijkertijd heeft het ook getoond dat het essentieel is om een strakkere voorbereiding te hebben. Door eerder en beter helder in beeld te brengen wat de beoogd wordt bereikt te worden met onderzoek, wordt het ook beter te doen om voor te bereiden op onverwachte situaties en daarop te anticiperen.

Literatuurlijst

- Agranoff, R. & McGuire, M. (2003). Inside the matrix: Integrating the paradigms of intergovernmental and network management. *International Journal of Public Administration*, 26(12), 1401-1422.
- Ansell, C. & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of public administration research and theory*, 18(4), 543-571.
- Appelman, M. (2013). *Meer gezondheid tegen lagere kosten – Beschrijving doelstellingen en randvoorwaarden 'Mijn zorg' Oostelijk Zuid Limburg*. Den Haag: Strategies in Regulated Markets (SiRM).
- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American economic review*, 53(5), 941-973.
- Berwick, D., Nolan, T. & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769.
- Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological methods & research*, 10(2), 141-163.
- Brass, D., Galaskiewicz, J., Greve, H. & Tsai, W. (2004). Taking Stock of Networks and Organizations: A Multilevel Perspective. *The Academy of Management Journal*, 47(6), 795-817.
- Busse, R. & Stahl, J. (2014). Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health Affairs*, 33(9), 1549-1558.
- Buuren, A., Boons, F. & Teisman, G. (2012). Collaborative Problem Solving in a Complex Governance System: Amsterdam Airport Schiphol and the Challenge to Break Path Dependency. *Systems Research and Behavioral Science*, 29(2), 116–130.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (CBS). *Zorguitgaven stijgen in 2016 met 1,8 procent*. [<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/20/zorguitgaven-stijgen-in-2016-met-1-8-procent>]. 19 februari 2018.
- Cho, J.Y. & Lee, E.H. (2014). Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: Similarities and differences. *The qualitative report*, 19(32), 1-20.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2011). Complexity and Hybrid Public Administration—Theoretical and Empirical Challenges. *Public Organization Review*, 11(4), 407-423.

- Conrad, D.A. (2015). The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health services research*, 50, 2057-2089.
- Correia, E.W. (2011). Accountable care organizations: the proposed regulations and the prospects for success. *The American journal of managed care*, 17(8), 560-568.
- Delnoij, D., Klazinga, N. & Glasgow, I.K. (2002). Integrated care in an international perspective. *International Journal of Integrated Care*, 2(4).
- Edelenbos, J. & Klijn, E.H. (2007). Trust in complex decision-making networks: A theoretical and empirical exploration. *Administration & Society*, 39(1), 25-50.
- Eijkenaar, F. & Schut E. (2015). *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?*. Rotterdam: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
- Eijkenaar, F., Ven, W. van de & Schut E. (2012). *Uitkomstbekostiging in de zorg: Internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland*. Rotterdam: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
- Emerson, K., Nabatchi, T. & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of public administration research and theory*, 22(1), 1-29.
- Fisher, E.S., McClellan, M.B. & Safran, D.G. (2011). Building the path to accountable care. *New England Journal of Medicine*, 365(26), 2445-2447.
- Fisher, E.S., Shortell, S.M., Kreindler, S.A., Van Citters, A.D. & Larson, B.K. (2012). A framework for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations. *Health affairs*, 31(11), 2368-2378.
- Folland, S., Goodman, A.C. & Stano, M. (2017). *The economics of health and health care*. Oxon: Routledge.
- Goeij, H. de & Verstegen, F. (2012). *Regioplan Goedleven.nl 2013-2022*. Zeeuws-Vlaanderen: GoedLeven.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The qualitative report*, 8(4), 597-606.
- Haas-Wilson, D. (2001). Arrow and the information market failure in health care: the changing content and sources of health care information. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 1031-1044.
- Hajer, M., & Versteeg, W. (2005). Performing governance through networks. *European Political Science*, 4(3), 340-347.

- Hayen, A.P., de Bekker, P.J.G.M., Ouwens, M.M.T.J., Westert, G.P. & Jeurissen, P.P.T. (2013). *No cure, no pay? Onderweg naar uitkomstbekostiging in de Nederlandse zorg; huidige en toekomstige mogelijkheden*. Nijmegen: Celsus.
- Heckathorn, D. D. (2011). Comment: Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociological methodology*, 41(1), 355-366.
- Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter-Reichhelm, M., Siegel, A. & Witzénrath, W. (2010). Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International journal of integrated care*, 10.
- Hildebrandt, H., Schulte, T., & Stunder, B. (2012). Triple Aim in Kinzigtal, Germany: improving population health, integrating health care and reducing costs of care—lessons for the UK?. *Journal of Integrated Care*, 20(4), 205-222.
- Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M., & Wistow, G. (1999). In pursuit of inter-agency collaboration in the public sector: What is the contribution of theory and research?. *Public Management an International Journal of Research and Theory*, 1(2), 235-260.
- Huxham, C., Vangen, S. & Eden, C. (2000). The challenge of collaborative governance. *Public Management an International Journal of Research and Theory*, 2(3), 337-358.
- Imperial, M.T. (2005). Using collaboration as a governance strategy: Lessons from six watershed management programs. *Administration & Society*, 37(3), 281-320.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. & Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health policy*, 60(3), 255-273.
- Jones, C., Hesterly, W.S. & Borgatti, S.P. (1997). A general theory of network governance: Exchange conditions and social mechanisms. *Academy of management review*, 22(4), 911-945.
- Mackenbach, J.P. & Stronks, K. (red.). (2012). *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Amsterdam: Reed Business.
- McGuire, M. (2006). Collaborative public management: Assessing what we know and how we know it. *Public administration review*, 66(s1), 33-43.
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). Kamerbrief. Kamerstukken II. 29248, nr. 255. Geraadpleegd via [<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29248-255.html>].
- Kamerstuk II, 32620, nr. 85. (2013). Geraadpleegd via [<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/04/23/kamerbrief-over-proeftuinen-en-pilots-betere-zorg-met-minder-kosten>]. 8 februari 2018.

- O'Toole, L.J. (1997). Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration. *Public Administration Review*, 57(1), 45-52.
- Kersbergen, K.V. & Waarden, F.V. (2004). 'Governance' as a bridge between disciplines: Cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy. *European journal of political research*, 43(2), 143-171.
- Klijin, E.H. (2008). Governance and Governance Networks in Europe. *Public Management Review*, 10(4), 505-525.
- Klijin, E.H. & Edelenbos, J. (2007). Meta-governance as network management. In: Sørensen, E. & Torfing, J. (red.). *Theories of democratic network governance* (pp. 199-214). Palgrave Macmillan, London.
- Klijin, E.H. & Koppenjan, J.F.M. (2000) Public Management and Policy Networks. *Public Management: An International Journal of Research and Theory*, 2(2), 135-158.
- Klijin, E.H., Edelenbos, J. & Steijn, B. (2010). Trust in governance networks: Its impacts on outcomes. *Administration & Society*, 42(2), 193-221.
- Klijin, E.H., Steijn, B. & Edelenbos, J. (2010). The impact of network management on outcomes in governance networks. *Public administration*, 88(4), 1063-1082.
- Kodner, D.L. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2(4).
- Koppenjan, J.F.M. & Klijin, E.H. (2004). *Managing uncertainties in networks: Public private controversies*. London: Routledge.
- Koppenjan, J.F.M. & Klijin, E.H. (2016). *Governance Networks in the Public Sector*. London: Routledge.
- KPMG Plexus. (2013). *Populatiebesteding: waarom, wat en hoe?*.
- Lieberman, S. M., & Bertko, J. M. (2011). Building regulatory and operational flexibility into accountable care organizations and 'shared savings'. *Health Affairs*, 30(1), 23-31.
- Noort, A.C. Op weg naar shared savings in transmurale ketenzorg. *Kwaliteit in Zorg*, 4 augustus 2016.
- Osborne, D. (1993). Reinventing Government. *Public Productivity & Management Review*, 16(4), 349-356.
- Pimperl, A., Schulte, T., Mühlbacher, A., Rosenmöller, M., Busse, R., Groene, O., Hector, P.R. & Hildebrandt, H. (2017). Evaluating the impact of an accountable care organization on

- population health: the quasi-experimental design of the german gesundes kinzigtal. *Population health management*, 20(3), 239-248.
- 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.
- Provan, K.G. & Lemaire, R.H. (2012). Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice. *Public Administration Review*, 72(5), 638-648.
- Provan, K.G., Fish, A. & Sydow, J. (2007). Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. *Journal of management*, 33(3), 479-516.
- Rhodes, R.A.W. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652-67.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2014). *Landelijke Monitor Populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen*. Bilthoven: RIVM.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2017). *Proeftuinen populatiegerichte aanpak: nu en in de toekomst*. Bilthoven: RIVM.
- Robinson, J.C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 149-177.
- Ruwaard, D., Spreeuwenberg, M., Kroese, M., Steevens, J., Ouwens, M., Hilbink, M. & Braspenning, J. (2014). *Triple Aim en de toepassing in de regionale proeftuinen 'Populatiemanagement' van VGZ en CZ*. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers Maastricht.
- Ruwaard, S., Struijs, J.N., Douven, R.C.M.H. & Polder, J.J. (2015). Leren van zorgbrede bekostiging à la VS: Innovatieve contracten Amerika prikkelen tot kwaliteit en kostenbeheersing. *Medisch contact*, 628-631.
- Schut, E. & Rutten, F. (red.). (2012). *Economie van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Soeters, M. & Verhoeks, G. (2015). *Financiering van preventie: Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen*. Wassenaar: ZorgmarktAdvies.
- Span, K.C., Luijkx, K.G., Schols, J.M. & Schalk, R. (2012). The relationship between governance roles and performance in local public interorganizational networks: A conceptual analysis. *The American Review of Public Administration*, 42(2), 186-201.
- Swanborn, P.G. (2010). *Basisboek sociaal onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.

- Swanborn, P.G. (2013). *Case studies: wat, wanneer en hoe?*. Den Haag: Boom Lemma.
- Torring, J. (2005). Governance network theory: towards a second generation. *European political science*, 4(3), 305-315.
- Town, R., Wholey, D.R., Kralewski, J. & Dowd, B. (2004). Assessing the influence of incentives on physicians and medical groups. *Medical Care Research and Review*, 61(3), 80S-118S.
- Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. In: Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Eds.). *A companion to qualitative research*. (pp. 178-183). London: Sage.
- Van der Steen, M., Scherpenisse, J. & Van Twist, M. (2015). *Sedimentatie in sturing. Systeem brengen in netwerkend werken door meervoudig organiseren*. Den Haag: NSOB.
- Van Gils, M. & Klijn, E.H. (2007). Complexity in Decision Making: The Case of the Rotterdam Harbour Expansion. Connecting Decisions, Arenas and Actors in Spatial Decision Making. *Planning Theory & Practice*, 8(2), 139–159.
- Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Den Haag: uitgeverij Lemma.
- Weber, E.P. & Khademian, A. M. (2008). Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. *Public administration review*, 68(2), 334-349.

Bijlages

Bijlage 1 Codeerschema

Contract karakteristieken		<ul style="list-style-type: none"> - betrokken actoren - risicodeling - verdeling besparingen - gebruik besparingen - shared savings genererende interventie - zwaarte interventie.
Institutionele context	Wet- en regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> - zorgwetgeving - overige wetgeving
	Proeftuinstatus	<ul style="list-style-type: none"> - financiële middelen - verruiming wetgeving - lengte duur status - overige voorzieningen
Lokale context	complexiteit van de omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - hoeveelheid kernactoren regio - posities kernactoren - tegengesteldheid belangen
	geografische kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> - grootte populatie - grootte regio - culturele kenmerken regio
	perceptie actoren proeftuin shared savings	<ul style="list-style-type: none"> - haalbaarheid shared savings - nut shared savings - interesse in shared savings.
Netwerk governance	Startcondities	<ul style="list-style-type: none"> - machtsbalans - redenen participeren - voorgeschiedenis
	faciliterend leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> - verbinden actoren - begeleiden bijeenkomsten - concretiseren doelen plannen
	institutioneel ontwerp	<ul style="list-style-type: none"> - toegang tot samenwerking - transparantie proces - maken van afspraken - ten uitvoer brengen plannen

	inrichting dialoog	<ul style="list-style-type: none"> - ontmoetingsvorm - frequentie ontmoetingen
	ontwikkeling vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> - informele ontmoetingen - openheid afzonderlijke belangen - elkaar leren kennen
	betrokkenheid proces	<ul style="list-style-type: none"> - investeren van tijd - investeren van geld - eigenaar van het proces voelen - handelen naar gedeeld belang - erkennen afhankelijkheid - urgentiebesef
	gedeelde begrip	<ul style="list-style-type: none"> - gezamenlijke kennisvinding - gemeenschappelijke taal - gemeenschappelijke probleemdefinitie - gemeenschappelijke visie
	tussentijdse uitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> - inbouwen van successen - doen van evaluaties

Bijlage 2 Topiclijst

De vragen bij de topics dienden enkel ter geheugensteun voor tijdens het gesprek. Hier zijn aanvullende vragen bij gesteld en in bepaalde gevallen ook van afgeweken.

Shared savings en uitkomstbepaling

- Speelden shared savings en/of uitkomstbepaling een rol in de proeftuin?
- Zo ja, hoe is hier naartoe gewerkt?
- Wat is op dit gebied bereikt?

Institutionele context

- Wat voor rol speelde wetgeving?
- Waarin werden jullie belemmerd?
- Waaruit bestond de proeftuinstatus en wat merkten jullie hiervan?

Lokale context

- Hoe lagen de verhoudingen?
- Hoe kan de regio gekarakteriseerd worden?
- Hoe keek men tegen shared savings aan?

Shared savings contract karakteristieken

- Hoe zien contracten eruit?
- Hoe worden savings verdeeld?
- Wie doen er mee?

Dialogoog en omgang

- In welke mate was er plaats voor dialoog in persoon?
- Hoe kreeg dit vorm?
- Was hierbij ruimte voor onderhandeling en hoe ging dit in zijn werk?
- Welke rol speelde dit in de onderlinge relaties?

Opbouwen van onderling vertrouwen

- Hoe is er gewerkt aan het opbouwen van onderling vertrouwen?
- Hoe lagen de onderlinge verhoudingen en hoe heeft dit zich ontwikkeld gedurende het proces?

Betrokkenheid bij het proces

- In hoeverre voelde men zich betrokken bij het proces?
- Was er wederzijdse erkenning van de onderlinge afhankelijkheid?
- In welke mate was er aandacht voor het gedeelde belang?
- Was er gedeeld eigenaarschap over het proces? Voelde men zich niet alleen onderdeel van de samenwerking, maar ook echt medeverantwoordelijk voor het proces?

Gedeeld begrip

- Hoe is er gewerkt aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke probleemdefinitie en van een gemeenschappelijk doel of gedeelde visie?
- Op welke wijze is geprobeerd om samen naar dit doel of deze visie toe te werken?
- Speelden tegenstrijdige waarden tussen actoren een rol en hoe is hier overeenstemming in bereikt?

Tussentijdse uitkomsten

- Was er ruimte voor tussentijdse uitkomsten, 'small wins', in het proces?
- Heeft men gewerkt aan het gezamenlijk opdoen van kennis van het probleem en hoe is dit gegaan?

Leiderschap

- Hoe is het samenwerkingsproces (be)geleid? Was er een voortrekker of ging dit gezamenlijk?
- Hoe is het samenwerkingsproces gefaciliteerd?