

Verbeteren van coördinatie en betaalbaarheid van zorg voor patiënten met multimorbiditeit

Een beleidssamenvatting van het proefschrift van Toine Remers

Toine Remers, Simone van Dulmen, Florian Kruse, Marcel Olde Rikkert, Patrick Jeurissen

Kernpunten

- Het aanpakken van fragmentatie rondom de zorg voor patiënten met multimorbiditeit is belangrijk voor het betaalbaar houden van de gezondheidszorg.
- Beter stroomlijnen en afstemmen van zorg rondom patiëntengroepen kan kwaliteit van zorg verbeteren en zorggebruik voor deze patiëntengroep verminderen. Gebrek aan geschikte bekostiging en organisatie op populatieniveau zitten duurzame inbedding van dergelijke initiatieven in de weg.
- Initiatieven rondom bekostiging of organisatie van zorg voor deze patiëntengroep ontbreken of zijn tijdelijk van aard. Hierdoor blijven lange termijneffecten uit en worden efficiëntiewinsten niet vertaald naar besparingen op populatieniveau.
- Gezamenlijke acties op alle niveaus zijn nodig om de fragmentatie in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit aan te pakken en hiermee samenhangende besparingen op populatieniveau mogelijk te maken.

Multimorbiditeit en stijgende zorgkosten

Een toenemend aantal patiënten leeft met twee of meer chronische aandoeningen, ook wel multimorbiditeit genoemd. Het RIVM voorspelt dat het aantal mensen met multimorbiditeit binnen Nederland zal toenemen van 25% in 2014 naar 30% in 2040.¹

Hoewel deze patiëntengroep behoefte heeft aan integrale, ziekte overstijgende zorg, zijn zorgsystemen doorgaans nog gefocust op de behandeling van één enkele chronische aandoening. Dit leidt tot fragmentatie. Het gevolg hiervan is niet alleen suboptimale kwaliteit van zorg, maar ook verspilling en hogere zorgkosten door bijvoorbeeld polyfarmacie, onnodige controles en tegenstrijdige adviezen.²⁻⁵ Binnen de Nederlandse gezondheidszorg wordt 30 tot 35% van de zorgkosten gegenereerd door slechts 1% van de patiënten.⁶ Binnen die groep hebben

patiënten gemiddeld 4,4 chronische aandoeningen tegelijkertijd en gebruikt 91% meer dan vijf medicijnen.⁶ Nieuwe zorgvormen kunnen de gefragmenteerde zorgpatronen van deze patiëntengroep stroomlijnen door het creëren van overzicht en betere coördinatie. Dit kan de kwaliteit van zorg verbeteren en mogelijk ook zorgkosten besparen. Tot op heden ontbreekt echter overtuigend bewijs voor de werkzaamheid van dergelijke mechanismen voor deze patiëntengroep.

Het doel van dit proefschrift was daarom om bruikbare mechanismen voor stroomlijning van zorg voor patiënten met multimorbiditeit te ontdekken en de potentiële bijdragen hiervan aan de betaalbaarheid van zorg als geheel te bepalen.

Afstemmen en stroomlijnen van zorg

Afstemmen en stroomlijnen van zorg is een proces dat op vele manieren en op verschillende

niveaus van zorgsystemen plaats vindt. Vaak wordt voor patiënten met multimorbiditeit uitgegaan van de rol van de huisarts als poortwachter. Dit maakt huisartsen tot belangrijke zorgprofessionals om de integratie van zorg te faciliteren. Zij geven echter al geruime tijd aan gehinderd te worden door gebrek aan tijd en de nadruk op ziekte-specifieke richtlijnen en bekostiging.^{4,7-10} Zorggroepen kunnen dergelijke barrières deels verhelpen, maar er is nog weinig bekend over hoe zorgverleners in de huisartsenpraktijk ondersteuning door zorggroepen rondom integratie van zorg in de dagelijkse praktijk ervaren. Er zijn de laatste jaren veel initiatieven ontstaan om stroomlijning te faciliteren. Voor dit proefschrift analyseerden we de drie specifieke niveaus die de WHO hierbij onderscheidt: het individu, specifieke groepen patiënten of gehele populaties.¹¹

Stroomlijnen van zorg binnen huisartsenpraktijken

We wilden inzicht krijgen in de mate waarin zorgverleners binnen huisartsenpraktijken zichzelf in staat achten om geïntegreerde chronische zorg aan patiënten met multimorbiditeit te bieden en welke rol zorggroepen hierin spelen. We enquêteerden daarom vertegenwoordigers van zorggroepen en zorgverleners binnen huisartsenpraktijken. De enquête bevatte vragen gericht op mogelijkheden om geïntegreerde chronische zorg te leveren en vragen over barrières en faciliterende factoren op praktijk- en zorggroep niveau. In totaal namen 39 zorggroepen en 65 zorgverleners uit huisartsenpraktijken deel.

De resultaten lieten zien dat 43% van de zorgverleners binnen huisartsenpraktijken (zeer) ontevreden was over de mogelijkheden om chronische zorg te bieden aan patiënten met multimorbiditeit. En 56% voelde zich niet in staat geïntegreerde chronische zorg te leveren. Daarentegen vond 53% van de zorggroepen dat het huidige beleid toereikend was voor het

leveren van geïntegreerde chronische zorg. Huisartsenpraktijken en zorggroepen ervaren verschillen, maar ook overeenkomsten in barrières en faciliterende factoren. Gebrek aan tijd en motivatie van individuele zorgverleners worden door zowel huisartsenpraktijken als zorggroepen gezien als de grootste barrière en faciliterende factor. Fragmentatie in de financiering en weinig mogelijkheden voor het delen van patiëntengegevens worden ook door beide groepen respondenten gezien als grote barrières. Bestaande samenwerkingen met andere zorgverleners en professionals in het sociaal domein zijn volgens zorggroepen een van de minst belangrijke bevorderende factoren, terwijl zorgverleners in de huisartsenpraktijken dit juist als één van de meest belangrijke factoren noemen. Ook noemen zorggroepen gebrek aan kennis over de juiste aanpak als een van de belangrijkste barrières voor integrale zorg, terwijl zorgverleners binnen de praktijken dit nauwelijks van invloed achten. Huisartsenpraktijken ervaren onvoldoende ondersteuning door zorggroepen en beleid op regionaal- en nationaal niveau voor het leveren van geïntegreerde chronische zorg aan patiënten met multimorbiditeit.

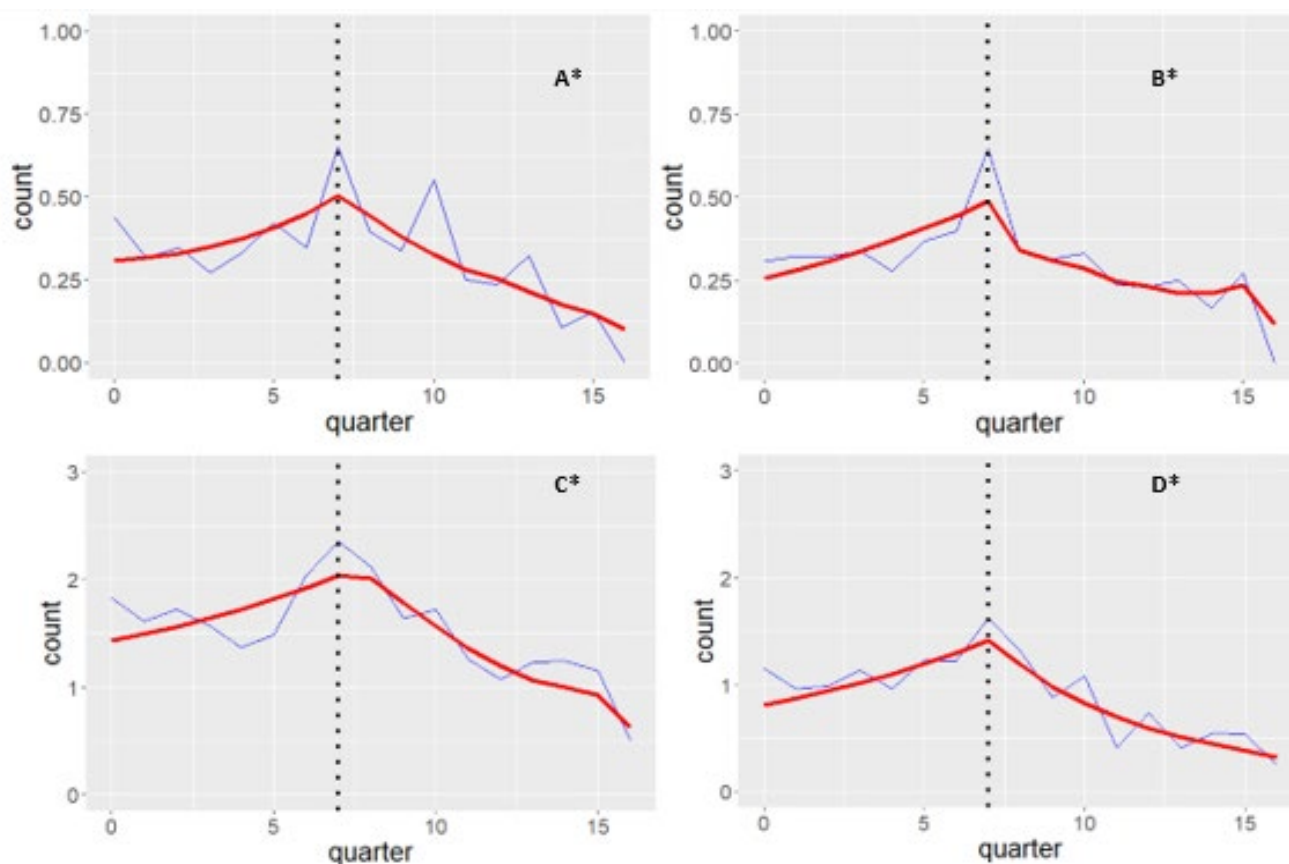
Stroomlijnen van zorg rond het individu

Voor onderzoek naar de stroomlijning van zorg op individueel niveau analyseerden we de implementatie van een nieuwe polikliniek, de *integrale chronische zorgpoli*, in ziekenhuis Bernhoven in Uden. In deze polikliniek worden met enkele consulten van een uur complexe zorgpatronen van patiënten met multimorbiditeit inzichtelijk gemaakt en omgezet in een persoonlijk zorgplan. Dit plan bevat de wensen van patiënten voor hun zorg en de afspraken rondom zorgverlening met betrokken specialisten en de huisarts. Deze studie liet voornamelijk zien dat implementatie van een dergelijke nieuwe polikliniek complex is en gepaard gaat met veel uitdagingen binnen het ziekenhuis. Ook bleven de uitdagingen door een

gefragmenteerde organisatie en financiering bestaan ondanks meerjarenafspraken tussen ziekenhuis en verzekeraar. Er zijn echter ook veelbelovende effecten aangetoond voor de betaalbaarheid van de zorg. Zo lijkt het zorggebruik te dalen: trends in opnames, bezoeken aan de spoedeisende hulp, poliklinische zorg, radiologische diagnostiek en laboratoriumdiagnostiek laten allemaal een significant lager zorggebruik zien (figuur 1). Overige thema's gedurende de implementatiefase waren veranderingen in het ontwerp van de polikliniek om zo tegemoet te komen aan variërende zorgbehoeften van patiënten en de inclusie via verwijzingen in plaats van gestuurd door data. Patiënten hebben verschillende ervaringen en

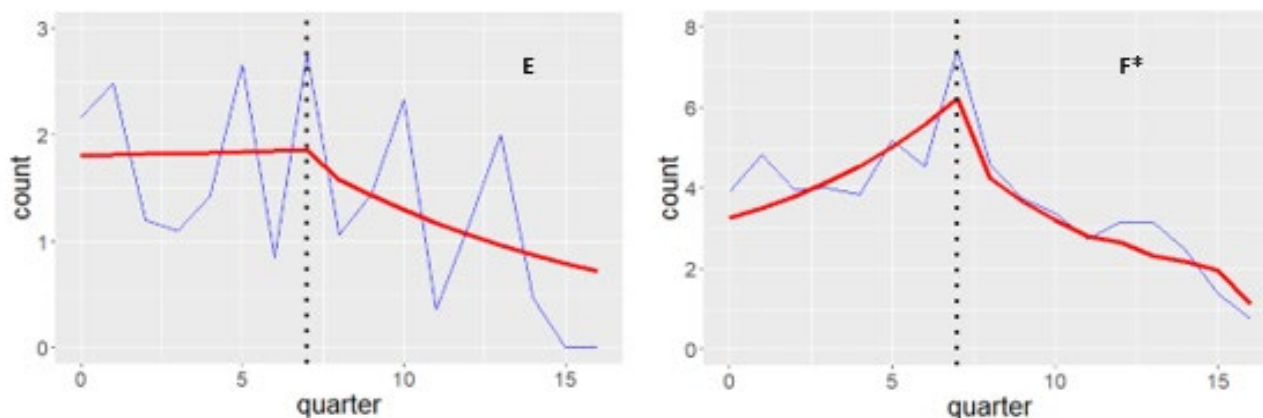
betrokkenheid bij deze innovatie. Ze geven aan behoefte te hebben aan uitgebreide informatie gedurende een langere periode. De tevredenheid van patiënten rondom de organisatie van hun chronische zorg bleef onveranderd (zes maanden na de start van hun traject binnen de integrale chronische zorgpoli). Uit dit onderzoek blijkt dat stroomlijnen van zorg bij multimorbiditeit in een ziekenhuis op individueel niveau haalbaar is door de implementatie van een nieuwe polikliniek. Echter kende het implementatietraject een breed scala aan uitdagingen en aanzienlijke transactiekosten. Dit benadrukt het gegeven dat de bestaande systemen de implementatie van integrale zorginitiatieven nog steeds niet goed ondersteunen.

Visualisatie van modeluitkomsten voor zorggebruik van patiënten in de polikliniek Bernhoven



grafiek E en F op de volgende pagina →

→ vervolg figuur vorige pagina



Figuur 1: Visualisatie van modeluitkomsten voor zorggebruik per kwartaal van patiënten opgenomen in de innovatieve polikliniek binnen Bernhoven (rode lijn) en gemiddelden per kwartaal (blauwe lijn). De opname begint na kwartaal 7 (stippellijn). De verschillende grafieken vertegenwoordigen: A: ziekenhuisopnames (n = 66; y-schaal 0-1), B: SEH-bezoeken (n = 65; y-schaal 0-1), C: poliklinische bezoeken (n = 82; y-schaal 0-3), D: radiologische diagnostiek (n = 81; y-schaal 0-3), E: verpleegdagen (n = 50; y-schaal 0-3), F: laboratoriumdiagnostiek (n=82; y- schaal 0-8).

* *Significante verandering in het zorggebruik per kwartaal na opname in de nieuwe polikliniek ($p < 0,01$)*

Stroomlijnen van zorg voor groepen patiënten

We onderzochten stroomlijning van zorg op groepsniveau door de analyse van de langetermijneffecten van het programma DementieNet op opnames en zorgkosten.¹² DementieNet streeft naar een optimaal gecoördineerde eerstelijnszorg voor mensen met dementie. Gestructureerde netwerken van zorgprofessionals stellen verbeterdoelen op voor hun patiënten met dementie en bespreken die gezamenlijk. DementieNet verbetert aantoonbaar de kwaliteit van zorg tot wel zes jaar na start van een netwerk.¹³ Tot dusver ontbrak inzicht over het effect daarvan op opnames en zorgkosten. We analyseerden de kosten van de curatieve en langdurige zorg van respectievelijk 38.525 en 9.677 verzekerden met dementie van zorgverzekeraar VGZ tussen 2015 en 2019. Dit laat een dalende trend in het opnamerisico zien

voor alle soorten opnames (ziekenhuis, spoedeisende hulp, intensive care, eerstelijns crisisopvang en verpleeghuis) als gevolg van deelname in DementieNet. Het aantal verpleegdagen daalde significant met 12%. We vonden echter geen significante effecten op de totale zorgkosten. De jaarlijkse ziekenhuiskosten daalden met 19,7%, terwijl de jaarlijkse eerstelijnskosten stegen met 10,2% (tabel 1). Daarmee bewijst DementieNet zichzelf als een initiatief dat in staat is de kwaliteit van zorg te verbeteren zonder stijging van de zorgkosten. Bredere implementatie en inbedding moet dan ook worden aangemoedigd. Dit kan bijvoorbeeld via gegarandeerde, langdurige financiële steun en opname van deze manier van werken in de nationale richtlijnen voor dementiezorg. Zo'n alternatieve financiering zou ook verschuiving van gerealiseerde besparingen binnen het ziekenhuis naar andere sectoren moeten vergemakkelijken.

Tabel 1. Jaarlijkse kostenvergelijkingen voor patiënten opgenomen in netwerken die deelnemen aan DementieNet en de controlegroep die gebruikelijke dementiezorg ontvangt, gecorrigeerd voor comorbiditeiten, jaar van diagnose, sociaaleconomische status, geslacht en leeftijd. Significante effecten zijn dikgedrukt in de tabel.

Kostencategorie	Jaarlijkse verandering in kosten voor interventie t.o.v. controlegroep (95% BI)	P waarde
Totale zorgkosten^a (n = 9,378)	- 3,6% (-10,4% – +3,2%)	0,303
Totale kosten curatieve zorg^b (n = 38,525)	- 3,0 % (-13,0% – +8,2%)	0,58
Ziekenhuiszorg^b (n = 37,205)	- 19,7 % (-7,6 – -30,3%)	<0,01
Eerstelijnszorg^b (n = 38,267)	+ 10,2 % (+2,3% – +18,6%)	0,010
Wijkverpleging^b (n = 28,792)	+ 0,10 % (-14,7% – +18,5%)	0,949
Medicatie^b (n = 37,751)	- 4,1 % (-11,7% – +4,1%)	0,318
Langdurige zorg (n = 9,677)	+1,0% (-6,5% – +8,6%)	0,789

Afkorting: BI, betrouwbaarheidsinterval.
^a: Curatieve en langdurige zorg gecombineerd
^b: Log-getransformeerde uitkomst vanwege scheve verdeling

Stroomlijnen van zorg op populatieniveau

Tot slot deden we twee studies naar bekostiging op populatieniveau. In een systematische literatuurstudie analyseerden we de effecten van bekostigingshervormingen op de kwaliteit van zorg en zorgkosten voor patiënten met multimorbiditeit.¹⁴ Ondanks een grote behoefte aan modellen voor patiënten met multimorbiditeit zijn er nauwelijks betaalmodellen die hierop focussen. We vonden dertien studies die vijf verschillende soorten betalingshervormingen beschreven. Behalve een toename van ziekenhuisopnames toonde geen enkele kwaliteitsparameter of kostenindicator significante effecten in meer dan één studie. Specifiek voor deze patiëntengroep zijn additionele evaluaties van modellen nodig waarbij organisatorische strategieën zich ook richten op betere zorg voor multimorbiditeit.

Doel is om de complexe patronen van zorggebruik van deze patiëntengroep effectief te kunnen adresseren.

In de tweede en laatste studie focussten we ons op implementatie van populatiebekostiging in Nederland.¹⁵ Populatiebekostiging wordt in toenemende mate geïmplementeerd in zorgsystemen als alternatief voor traditionele betaalmodellen, die veelal zijn gebaseerd op productie en de coördinatie van zorg in de weg zitten. In het Nederlandse zorgsysteem worden dergelijke modellen nog nauwelijks toegepast. Middels een systematische analyse van wetenschappelijke en grijze literatuur en twee focusgroepen met experts is onderzocht welke potentie populatiebekostiging heeft en hoe dit geïmplementeerd kan worden. We vonden twee voorbeelden van populatiebekostiging die in de afgelopen jaren in Nederland zijn geïmplementeerd. Eén initiatief betrof afspraken tussen verzekeraars en twee ziekenhuizen over een aanneemsom van vijf jaar voor het leveren van alle zorg waarbij eventuele besparingen gedeeld werden. Het andere initiatief betrof een afspraak tussen huisartsenpraktijken en een zorgverzekeraar over betalingen die

deze praktijken per patiënt ontvingen. Vanuit dit budget dienden vervolgens alle kosten die patiënten binnen de curatieve zorg maakten betaald te worden.

Resultaten van deze twee initiatieven op het gebied van kwaliteit van zorg en kosten zijn veelbelovend en in lijn met internationale voorbeelden van populatiebekostiging. Echter, inclusie van geschikte kwaliteitsindicatoren en de financiële onzekerheid voor aanbieders als gevolg van dergelijke hervormingen blijven substantiële belemmeringen voor implementatie. Tijdens de focusgroepen stelden de deelnemers dat populatiebekostiging via bottom-up overeenkomsten tussen aanbieders en betalers geïmplementeerd kan worden zonder betrokkenheid van nationale overheden. Implementatie kan echter wel gefaciliteerd en aangemoedigd worden door nationaal vastgestelde standaardopties en contracten waarmee de administratieve lasten van dit soort implementatieprocessen kunnen verminderen. Daarnaast werden sterk leiderschap, vertrouwen en wederzijds begrip genoemd als cruciale factoren bij het integreren van diensten tussen aanbieders.

Overkoepelende lessen

Onze bevindingen maken duidelijk dat huisartsenpraktijken moeite hebben om aan hun rol als zorgcoördinator te voldoen en dat het beleid van zorggroepen hen daarin slechts gedeeltelijk ondersteunt. Initiatieven op individueel en op groepsniveau kennen veelbelovende resultaten en bevestigen dat stroomlijnen van zorg tot op zekere hoogte mogelijk is. Dergelijke initiatieven worden echter belemmerd door een gebrek aan bijpassende transitie in bekostiging en organisatie op populatieniveau. Hervormingen van bekostiging op populatieniveau kunnen deze barrières verlichten, maar vereisen aanvullende

maatregelen om enig effect te genereren. Als geheel sluiten de bevindingen in dit proefschrift daarmee aan bij de breed gedragen visie dat het stroomlijnen van zorg een parallelle focus vraagt op alle drie niveaus.

Vertaling naar betaalbaarheid zorg

Dit proefschrift laat veelbelovende resultaten van stroomlijnen van zorg zien. Echter, de efficiëntieslagen binnen de bestudeerde initiatieven vertalen zich nog niet naar besparingen op populatieniveau. Daarmee draagt betere stroomlijning en afstemming van zorg vooralsnog niet bij aan een meer betaalbare zorg. Hier zijn meerdere verklaringen voor mogelijk. Het initiatief van een polikliniek voor individuele patiënten met multimorbiditeit betrof een kleine groep deelnemers en de transactiekosten voor het opzetten van dit initiatief waren substantieel. Daarnaast laten eerdere studies zien dat aanbieders opbrengsten uit efficiëntere zorgverlening vaak opnieuw investeren binnen hun instelling voor bijvoorbeeld de aanschaf van nieuwe apparatuur.

Tot slot zijn de geïdentificeerde besparingen op individueel en groepsniveau de facto een vermindering van gedeclareerde activiteiten en dat loopt niet een-op-een parallel met verlagingen van kostprijzen van aanbieders. Een belangrijk deel van de kostprijs bestaat uit vaste lasten voor zaken als gebouwen en personeel en die kunnen niet zomaar verlaagd worden. Een reductie in vergoedingen voor geleverde zorg zonder dat vaste lasten zijn teruggedrongen kan zelfs leiden tot financiële problemen. Om betaalbaarheid van zorg te verbeteren zijn overkoepelende betaalmodellen nodig die aanbieders ruimte geven om over een langere periode hun vaste lasten te verlagen.

Aanbevelingen voor beleid op nationaal, regionaal en aanbiedersniveau

Op verschillende niveaus bestaan barrières voor een betere stroomlijning en afstemming van zorg voor patiënten met multimorbiditeit en dientengevolge ook voor een betere betaalbaarheid. Op basis van onze bevindingen doen we de volgende aanbevelingen.

Nationaal niveau

Op nationaal niveau dient de transitie van ziekte-georiënteerde zorgsystemen naar integrale zorg verder gefaciliteerd te worden. Meerdere organisaties en beroepsverenigingen publiceerden recent al richtlijnen om zo'n transformatie te steunen.¹⁶⁻¹⁸ De organisatie en betaling van zorg blijft echter veelal nog gericht op specifieke aandoeningen. Hierdoor is vaak geen structurele vergoeding beschikbaar voor initiatieven rondom een betere stroomlijning van zorg. Het blijven dan tijdelijke inspanningen waarbij aanbieders zelfs risico lopen op financiële problemen als ze hun vaste lasten niet voldoende kunnen verlagen. Zorgverzekeraars dienen actief in te zetten op overeenkomsten met aanbieders voor bekostiging van hun gehele zorgaanbod. Hierdoor verdwijnt de stimulans voor aanbieders om een vaste reeks diensten te leveren omdat de vergoeding zo is ingericht. In plaats daarvan kunnen zij middelen en tijd beschikbaar stellen voor deelname in netwerken, multidisciplinaire bijeenkomsten of andere activiteiten die veelbelovend zijn voor het stroomlijnen van de zorg voor patiënten met complexe zorgpatronen. Dergelijke overeenkomsten kunnen doelstellingen voor besparingen bevatten waaraan aanbieders te zijner tijd moeten voldoen. Door te werken met lange looptijden krijgen aanbieders voldoende tijd om hun vaste lasten te verlagen. Dit alles kan uiteindelijk leiden tot duurzame modellen voor stroomlijning van zorg die zowel de

kwaliteit verbeteren als de verzilvering van efficiëntiewinsten weten te benutten.

In dit proefschrift laten we zien dat dit nog zeker geen gemeengoed is en dat initiatieven veelal tijdelijk van aard zijn. De overheid kan bijdragen met passende wetgeving en mandaten om lange termijn afspraken mogelijk te maken. Het *"Integraal Zorgakkoord"* is een goed voorbeeld van een landelijk initiatief dat integratie van zorg over sectoren heen bevordert, maar in dit akkoord ontbreekt een expliciete focus op multimorbiditeit. Onze suggestie is dat vergelijkbare akkoorden in de toekomst wel in deze leemte zullen voorzien.

Regionaal niveau

Op regionaal niveau laat ons onderzoek zien dat samenwerking tussen aanbieders kan leiden tot besparingen. Aanbieders en verzekeraars dienen afspraken over samenwerkingen binnen regio's voort te zetten en te intensiveren. Aanbieders kunnen een samenwerking met andere (zorg)aanbieders aangaan of zich focussen op het stroomlijnen van zorg binnen hun organisatie. Bundelbekostiging voor geboortezorg is een goed voorbeeld van een model dat de samenwerking binnen regio's kan stimuleren. Idealiter kan een bekostiging die niet aan specifieke zorgdomeinen is gekoppeld van toegevoegde waarde zijn voor patiënten met multimorbiditeit. Zorggroepen kunnen mogelijk een belangrijke rol spelen in het tot stand komen van dergelijke afspraken.

Aanbieder niveau

Aanbieders dienen door te gaan met hun inspanningen om samenwerking met andere zorgverleners tot stand te brengen. Dergelijke samenwerkingen kunnen geformaliseerd worden in structurele netwerken met specifieke verbeterdoelen.

Onder aanbieders is een steeds grotere mate van data gedreven werken zichtbaar. Dit kan

ook ingezet worden voor identificatie van patiënten met multimorbiditeit die baat kunnen hebben bij een betere stroomlijning van zorg. Kanttekening hierbij is dat uit de bevindingen in dit proefschrift blijkt dat zorgverleners echter van mening zijn dat het traditioneel verwijzen toch accurater is omdat deze groep veelal complexer is dan ‘het meten van een paar datapunten’.

Tot slot dienen zorgverleners en aanbieders zich bewust te zijn van de aanzienlijke verschillen in de behoeften van patiënten in de betrokkenheid bij het stroomlijnen van hun zorg.

Deze policybrief is gebaseerd op het nog te publiceren proefschrift van Toine Remers. De verdediging is 14 juni 2024.

Toine werkte tot december 2023 als onderzoeker bij de Academie voor betaalbaarheid van zorg, onderdeel van IQ Health, Radboudumc.

Contact: toine.remers@radboudumc.nl

Bronnen

1. Dutch Ministry of Health Welfare and Sports. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 - Welke aandoeningen hebben we in de toekomst? 2018; <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>.
2. Heide v, Snoeijs S, Melchiorre MG, et al. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: An overview. 2015.
3. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *Jama*. 2012;307(23):2493-2494.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
5. Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC health services research*. 2015;15(1):23.
6. Wammes JG, Tanke M, Jonkers W, Westert GP, Van der Wees P, Jeurissen PP. Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: a cross-sectional claims database study. *BMJ open*. 2017;7(11):e017775.
7. Damarell RA, Morgan DD, Tieman JJ. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Family Practice*. 2020;21(1):1-23.
8. Scheffer RD, van den Muijsenbergh ME. Integrale zorg: ervaringen en opvattingen van huisartsen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2019;97(1):48-54.
9. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *Bmj*. 2015;350.
10. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ open*. 2013;3(9):e003610.
11. World Health Organisation (WHO). *Integrated care models: an overview*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;2016.
12. Remers TE, Kruse FM, Van Dulmen SA, et al. Effects of DementiaNet's community care network approach on admission rates and healthcare costs: a longitudinal cohort analysis. *International Journal of Health Policy and Management*. 2023;12.
13. Oostra DL, Nieuwboer MS, Melis RJ, Remers TE, Olde Rikkert MG, Perry M. DementiaNet facilitates a sustainable transition toward integrated primary dementia care: A long-term evaluation. *Alzheimer's & Dementia*. 2023.
14. Remers TE, Nieuweweme N, Van Dulmen SA, Rikkert MO, Jeurissen PP. The impact of payment reforms on the quality and utilisation of healthcare for patients with multimorbidity: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*. 2022;22(1).

15. Remers TE, Wackers EM, van Dulmen SA, Jeurissen PP. Towards population-based payment models in a multiple-payer system: the case of the Netherlands. *Health Policy*. 2022;126(11):1151-1156.
16. Klomp M, Mutsaerts JF, Rempe J, Neumann R, Vogelzang F. Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. *Utrecht: Ineen*. 2020.
17. Rijken M, Korevaar J. *Goede zorg voor mensen met multimorbiditeit - Handvatten voor de ontwikkeling en evaluatie van zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen*. Utrecht: NIVEL;2021.
18. Verhoeff M, Meijer-Smit O, de Rooij S, van Munster B. Multiple chronic conditions: the need for integrated secondary care. *The Netherlands journal of medicine*. 2019;77(6):220.