



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Met minder zorg, meer gezondheid

Bruijnzeels, M.A.

Citation

Bruijnzeels, M. A. (2026). *Met minder zorg, meer gezondheid*. Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4289492>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4289492>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Marc Bruijnzeels

Met Minder Zorg, Meer Gezondheid



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Met Minder Zorg, Meer Gezondheid

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Marc Bruijnzeels

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
Population Health Management: Implementatie en Educatie
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 13 februari 2026



Universiteit
Leiden

Mevrouw de rector magnificus, geachte raad van bestuur van het LUMC, geachte collega's, lieve familie en vrienden.

U gaat luisteren naar een openbare les over Population Health Management waarmee ik de nieuwe leerstoel en bijbehorende leeropdracht Population Health Management: Implementatie en Educatie, aanvaard. Dit is voor Nederland en voor Leiden de eerste openbare les over dit vakgebied. Een nieuwe leerstoel die aansluit bij één van de outreach thema's van het LUMC, Population Health en bij het cluster Gezondheid en Welzijn van de Universiteit Leiden, en een logisch vervolg is op de ontwikkelingen binnen de Health Campus Den Haag en de aldaar ontwikkelde master Population Health Management.

Een leerstoel op een kennisgebied dat ik in de afgelopen 35 jaar ben gaan omarmen.

Mijn carrière, als afgestudeerd politicoloog, is begonnen bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Daar mocht ik in 1997 promoveren op data van de kinderleeftijd uit de Eerste Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.¹ Een belangrijk inzicht uit die periode was dat er grote verschillen waren in voorkomen van ziekte en zorggebruik, die samenhangen met sociaal-economische en sociaal-culturele factoren. En bij het zoeken naar de verklaring bleek dat ziektebeleving en zorggebruik van kinderen voor het grootste deel was toe te schrijven aan het gezondheidsgedrag van de moeder. En wie beïnvloedde het gezondheidsgedrag van de moeder het meest: haar moeder. En dat werd mij pas zeer duidelijk vanaf het moment dat ik zelf vader werd. Ik had natuurlijk weinig te vertellen. Ik realiseerde me dat andere dan medische factoren, in dit geval een sociale intergenerationele factor, een veel belangrijkere rol spelen dan ik oorspronkelijk had gedacht.

In de jaren daarna, in werkte inmiddels bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg in Rotterdam, heb ik vele pogingen langs zien komen om de verschillen in gezondheid en zorggebruik te beïnvloeden. In de jaren 90 waren er al hele grote onderzoeksprogramma's genaamd Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen² en Cultuur & Gezondheid, waar

ik wetenschappelijk coördinator was. Inzichten vanuit mijn onderzoeksgroep uit die tijd waren dat gelijk behandelen ongelijke resultaten opleverde. Zo bleek uit het promotie-onderzoek van huisarts Hans Harmsen dat mensen met een laag sociaal economische positie en migranten twee keer vaker het advies van de huisarts niet konden navertellen in vergelijking tot de gemiddelde Nederlander.³ En uit divers ander onderzoek bleek dat het aanstellen van een extra voorlichter vanuit dezelfde cultuur in de huisartspraktijk kosteneffectief was.⁴ En toch bleek het niet mogelijk om deze extra persoon structureel bekostigd te krijgen bij de introductie in de eerstelijns van de functionele bekostiging voor mensen met diabetes. Dus ongelijk behandelen, doch effectief, kon niet worden bekostigd: het resultaat bleef inefficiënt gelijk behandelen.

Ik heb dus ergens rond 2005 bedacht. Ik moet op een andere plaats trachten mijn invloed uit te oefenen. Ik ben meer de praktijk in gegaan. Ik heb achtereenvolgens bij Stichting Lijn1 (de regionale ondersteuningsstructuur voor geïntegreerde eerstelijns in de regio Haaglanden) en bij Precura (gericht op leefstijlprogramma's in de Haagse Achterstandswijk) gewerkt. In deze functies heb ik geleerd hoe het gezondheidszorgsysteem eigenlijk echt achter de schermen werkt en hoe dat in de praktijk uitpakt. Ik heb daar ervaren wat het betekent om samenwerking met elkaar te bouwen, met mijn voeten in de klei. Ik sprak met de wethouder en directeur van de zorgverzekeraar, met het ziekenhuis, huisartsen tot aan de oefentherapeut die nog 2 middagen in de week behandelingen doet. Wat een gedoe met al die verschillende ambities en belangen. Samenwerken in de zorg bleek nog niet zo makkelijk.

Bij Precura hebben we diverse leefstijlprogramma's aangeboden in de Haagse achterstandswijken gecombineerd bekostigd door gemeente en verzekeraar; deze hadden een groot bereik onder migranten populaties. Echter, ondanks het grote bereik en effect op de gezondheid, besloot de grootste verzekeraar om te stoppen met de noodzakelijke financiële ondersteuning. Voor de ingewijden onder ons: de reden voor het stopzetten was dat door de risicoverevening de verzekeraar verlies lijdt op deze populatie, en een extra investering in leefstijl vergroot

het verlies op korte termijn. Volgens de gemeente was het onmogelijk vanuit de wettelijke taak om deze activiteit alleen te bekostigen, dus u raadt het al; ook zij zijn allen weer van de radar verdwenen.

Het lukte niet ons dus blijkbaar niet om deze succesvolle interventies structureel in te bedden. Dus niet vanuit de wetenschap en niet vanuit de praktijk. En ik zie tot mijn grote spijt vergelijkbare programma's telkens weer met frisse moed als project worden opgestart. Ik vrees alleen dat deze programma's eenzelfde lot zijn beschoren.

Het bevorderen van gezondheid en verkleinen van verschillen lijkt wel een onmogelijke opgave in deze complexe inrichting van de gezondheidszorg! Want in het grote plaatje zien we dat ondanks alle inspanningen, de levensverwachting maar zeer beperkt toeneemt en dat de kosten van zorg per persoon ernstig stijgen. Uit onderzoek blijkt dat de verschillen eerder vergroot dan verkleind worden. Het CBS toont dat uitsluitend voor de gemiddelde autochtone Nederlandse man de gezonde levensverwachting in de laatste 40 jaar serieus is toegenomen; de overige groepen, vrouwen, migranten en praktisch opgeleiden, laten weinig progressie zien.⁵ En zeker zien we dat de verschillen in leefstijl, roken, overgewicht naar opleidingsniveau toenemen.⁶ En u raadt het al: de bevolking met een lage sociaal-economische positie is slechter af; de verschillen worden eerder groter dan kleiner. En tegelijkertijd zien we de kosten van zorg stijgen, dat steeds meer mensen een beroep doen op de gezondheidszorg en dat personeel in de zorg steeds verder onder druk staat. Een groeiende zorgkloof met steeds minder beschikbare middelen. We kunnen geweldig zieke mensen beter maken, hebben waanzinnig hoog opgeleide professionals met de modernste technologieën. Echter de samenwerking van organisaties en professionals binnen de zorg kan beter en inmiddels nemen schaarste in geld en mensen alleen maar toe. Daar wordt niemand blij van.

En dan is er de bekende uitspraak van Albert Einstein, niet de minste wetenschapper

“als je doet wat je deed, dan krijg je wat je kreeg”.

Kortom, houden we vast aan dit mechanisme: met meer zorg minder gezondheid?

Naar mijn mening moet deze huidige projectencarrousel stoppen. Naar mijn mening is er meer nodig; een meer fundamentele transitie waarmee het ons lukt om met minder zorg meer gezondheid te realiseren. Dit kan, zoals Donald Berwick al in 2008 schreef:⁷ door eerder en beter aan te sluiten bij de behoeften en potentiële gezondheidsrisico's van de mensen en de beschikbare middelen, geld en personeel, slimmer te verdelen. Dat kan door het inzetten van Population Health Management.

En voor een juiste implementatie moet je ook de mensen duidelijk hebben gemaakt dat dit een zinvolle benadering is; daarvoor is Educatie van belang. Dus vandaar deze leerstoel. Population Health Management: Implementatie en Educatie.

Ik wil graag met u de volgende onderwerpen bespreken:

- Wat moet er eigenlijk opgelost worden, we gaan iets dieper in op de oorzaken waarom we PHM moeten doen?
- Wat is PHM dan eigenlijk en waarom zou dat dan een oplossing zijn?
- en wat is er dan voor nodig om PHM zodanig te implementeren dat het wel tot resultaat leidt? Hier speelt Educatie een rol.

En ik denk dat het dan daarna wel tijd is voor de borrel en versnaperingen. Daarmee versterken we ook onze eigen gezondheid, maar eerst moet u nog even hard werken.

Zoals gezegd, begin ik bij het begin.

Wat moet er dan opgelost worden?

Stelt u zich eens een groep mensen van, laten we zeggen, 50 tot 70 jaar met een beetje overgewicht en bloeddruk en cholesterol aan de hoge kant. Hé ik behoor tot die groep. De huisarts heeft voor mensen met mijn gezondheidsprofiel een prachtig evidence based programma genaamd Cardiovasculair

Risicomanagement.⁸ Ik zit in dat programma. En dat programma schrijft voor dat ik mij regelmatig moet melden bij de praktijkondersteuner en dat ik bloed moet laten prikken en urine inleveren. De adviezen zijn gezond leven! U weet wel: voldoende bewegen, niet roken, weinig alcohol en gezonde voeding. Het standaard riedeltje. En indien nodig krijg ik wat medicatie. En ga ik mij houden aan de adviezen van gezond leven en slik ik mijn medicatie netjes? Ik probeer mijn medicatie netjes in te nemen, maar ik zal eerlijk met u zijn: het opvolgen van de leefstijladviezen kan beter. We doen dit om mijn kans dat ik in de komende 10 jaar een probleem met mijn hart of vaten krijg te verkleinen. En wat denkt u? Wat is mijn kans dat ik de komende 10 jaar een hart- vaatprobleem krijg? Mijn risico is momenteel volgens de medische risicotabel 6%.⁹

En dan is er die man van dezelfde leeftijd vergelijkbaar gezondheidsprofiel maar anders opgeleid, met een migratie-achtergrond en woonachtig in een achterstandswijk. Is zijn kans hetzelfde? Volgens de medische risicotabellen wel. En zijn die kansen voor alle mensen in de dagelijkse praktijk hetzelfde? Ik kan u vertellen dat is niet zo. Wat meer en meer blijkt is dat andere dan medische factoren het risico op slechte uitkomsten sterk beïnvloedt. Zo hebben vrouwen een verschillend risicoprofiel, zo zijn mensen die hun leven lang minder goed voor zichzelf hebben kunnen zorgen slechter af.¹⁰ Ik heb rond de eeuwwisseling veel onderzoek geïnitieerd en geleid naar gezondheidsverschillen bij allochtonen (zoals we dat destijds noemden). Belangrijke resultaten uit die tijd zijn dat er grote verschillen in ziektebeleving en ziekterisico zijn tussen verschillende etnische groepen (zo bleek uit de proefschriften van Fatima El Fakiri¹¹, Charles Agyemang¹² en Paul Uitewaai¹³ dat er grote verschillen in risico's zijn op hart- en vaatziekten en diabetes).

En wat doen we met die kennis over die verschillen in risico's in de organisatie van de gezondheidszorg? Terug naar mijn voorbeeld: de huisarts krijgt net zoveel geld voor de behandeling van mijn kans op een hart of vaatprobleem als voor de kans van een man met dezelfde leeftijd uit een arme buurt of voor een vrouw met een ander risicoprofiel. Hetzelfde

geldt voor de specialist: als ik verwezen wordt of die persoon uit een arme wijk: het ziekenhuis ontvangt hetzelfde en levert dus volgens het systeem dezelfde zorg. Het systeem stimuleert dus een gelijke behandeling middels een gelijke betaling per ziektebeeld of activiteit.

Maar niet alleen de organisatie en bekostiging van de zorg stimuleert gelijke behandeling, ook de wijze waarop kennis wordt verspreid via de richtlijnen stimuleert gelijke behandeling voor ongelijke groepen. Schokkend was het resultaat van het promotie-onderzoek van Radjesh Manna¹⁴ naar de ontwikkeling van standaarden in de huisartspraktijk; Het wetenschappelijk bewijs voor de richtlijnen was en is voornamelijk gebaseerd op resultaten van de blanke man van gemiddelde sociaal-economische herkomst. En aangezien we professionals leren te behandelen volgens richtlijnen, stimuleren we daarmee gelijk behandelen voor groepen met een verschillend risico. De recente oratie van Hedwig Vos toonde een vergelijkbare redenering opgaat voor verschillen tussen mannen en vrouwen.¹⁵ En dit geldt voor vrijwel alle behandelingen. Er is geen ruimte om bevolkingsspecifiek te mogen behandelen. De breed toegepaste one-size-fits-all behandeling gebaseerd op blank mannelijk wetenschappelijk bewijs is sterk dominant.

En is dat dan slim, om iedereen gelijk te behandelen. Het resultaat van gelijk behandelen is dat mensen met een hoger risico onderbehandeld worden en dus eerder ernstigere complicaties ontwikkelen. En een one size fits all betekent ook andersom dat mensen met een lager risico over behandeld worden; daar worden teveel middelen aan besteed. Ik werd geacht 4 keer per jaar naar de POH te gaan; daarop is de zorg en bekostiging ingericht. Maar is dit dan nodig. En hoe vaak moet de man uit de achterstandswijk naar de huisarts gegeven zijn risico? Dit gaat natuurlijk niet alleen over geld: dit gaat ook over mensen die eerder ernstiger ziek worden, minder kwaliteit van leven ervaren, minder kunnen bijdragen aan de samenleving. Het is dus niet alleen financieel-economisch niet slim om gelijk te behandelen; maar zeker ook als je naar de mensen hun eigen welzijn en geluk kijkt; mensen blijven

graag langer gezond en dat is ook nog eens goed voor de maatschappij.

En waarom lukt het ons dan niet om ongelijk te mogen behandelen voor meer gezondheid? Dit hangt samen met de inrichting van het hele systeem. Ons systeem is ingericht op de verschillende disciplines met hun kennis. De organisatie, de opleidingen, de kennis: alles zit vast rond ziektebeelden en specialisaties gebaseerd op deze kennis. Sterker nog; we stimuleren ook nog eens gelijk behandelen. In het huidige systeem moet elke organisatie haar eigen broek ophouden en we stimuleren dit ook nog eens door de wijze waarop een zorginstelling haar geld verdient. En dat is betaling per behandeling. We noemen dat de productieprikkel in de zorg. En aangezien niemand geprikkeld wordt om de populatie gezond te houden, ontstaat er een sterke stimulans om zoveel mogelijk zorg te leveren rond ziektebeelden en specialisaties. Zo geldt voor een kwetsbare oudere patiënt het volgende.

In het huidige zorgstelsel belandt meneer dan bij achtereenvolgens de huisarts, diëtist, het ziekenhuis, de maatschappelijk werker, geriater, psychiater. Hij moet bij de gemeente aankloppen voor een traplift en een scootmobiel. En de thuiszorg wil die wat verwarde meneer helpen met een cursus dagbesteding.

En elke genoemde organisatie heeft een eigen boekhouding en eigen protocollen; en zal dus rendement moeten maken op het zorggebruik van deze meneer. De huisarts verdient aan een stukje, de wijkverpleging, de fysiotherapeut, de afdeling radiologie in het ziekenhuis, de specialist in het ziekenhuis, de andere specialist, de welzijnsmedewerker, en de fabrikant van de Scootmobiel. En niemand wordt betaald om meneer zo gezond mogelijk te houden of om geen zorg te verlenen. En in de ouder wordende populatie, waarbij mensen ouder worden met meerdere aandoeningen tegelijkertijd, zijn dus steeds meer organisaties voor hun verdienmodel afhankelijk van slechts één stukje van de totale oudere mens. Ik blijf dit een raar mechanisme vinden; als iemand zieker wordt, gaan meerdere organisaties in de gezondheidszorg in actie en gaan meer geld verdienen. Hoe zo perverse prikkels?

Aldus hoop ik dat ik u duidelijk heb kunnen maken dat er noodzaak is voor een transitie. Er is geen aandacht binnen de zorg voor verschillen en we hebben een gefragmenteerd systeem ingericht op het in stand houden van de eigen belangen.

Na 25 jaar actief te zijn geweest in dit veld, kwam er 10 jaar geleden een kans.

En daarmee komen we aan het 2^e deel van mijn oratie.

Vanuit de Universiteit Leiden, LUMC en Gemeente Den Haag was er de mogelijkheid om de LUMC Campus Den Haag op te richten. Samen met Prof. Mattijs Numans zijn we begonnen in een kamertje in Stichthage, boven het Centraal Station, met zijn tweeën. We vonden elkaar nadrukkelijk in het panel en population health management denken voor de zorg en de eerstelijns in het bijzonder. Daar zijn we iets meer dan 10 jaar geleden mee gestart. En vanaf dat moment is mijn kennis over population health management toegenomen. Ik zal u meenemen.

Kan PHM een oplossing zijn en wat is PHM eigenlijk?

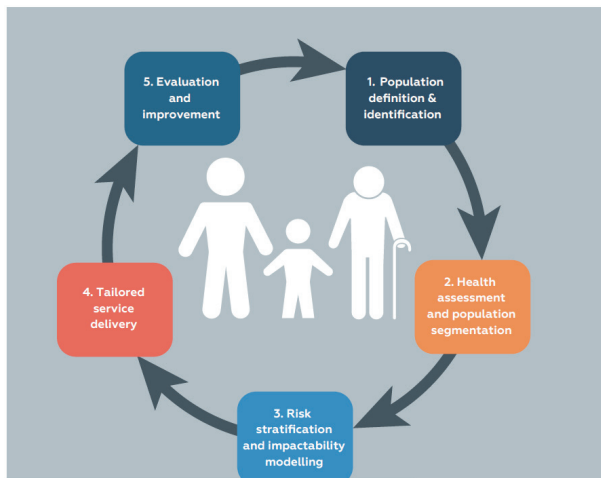
Voor de uitleg over PHM maak ik onderscheid tussen Population Health en Management. De kern van Population Health draait om de gezondheid van een groep mensen met aandacht voor verschillen binnen deze groep mensen.¹⁶ Deze groep mensen noemen wij een populatie. Een populatie kan worden gevormd door een wijk of buurt, door mensen met dezelfde aandoening bijvoorbeeld met dementie of overgewicht. Wij kijken naar de verschillen in gezondheid binnen deze populatie. Veelal wordt deze gezondheid mede veroorzaakt door sociale of omgevingsfactoren naast de medische en genetische factoren.¹⁷ De kern van Management draait om het organiseren van iets, in dit geval het bevorderen van gezondheid van de populatie met aandacht voor verschillen. Bij PHM starten we vanuit de organisatie van de gezondheidszorg. De kern van PHM is dan ook het organiseren van een systeem om de gezondheid van de populatie te bevorderen met specifieke aandacht voor verschillen binnen de populatie.

Maar PHM gaat nog een stapje verder; niet elke organisatievorm kan worden gekenmerkt als Population Health Management. Samen met een aantal internationale experts heb ik voor de World Health Organisation PHM gedefinieerd. PHM is:

*Een menscentraal, datagedreven en proactieve benadering om de gezondheid en welzijn van een welomschreven populatie te organiseren en bevorderen, rekening houdend met de verschillen binnen de populatie en gerelateerde sociale determinanten van gezondheid.*¹⁸

Specifieke elementen van de aanpak zijn mens-centraal in plaats van ziekte- of aandoeningsgericht en datagedreven en proactief in plaats van reactief

Een goede omschrijving is een goede eerste stap, maar wat moet je dan doen om dit daadwerkelijk te gaan doen. Voor deze inrichting biedt deze PHM cirkel een mooi kader.



Figuur 1. De Population Health Management Cyclus (WHO Policy Paper 2023)

We starten met de populatie, de groep mensen, die we geselecteerd hebben. Deze populatie kunnen we netjes afbakenen en om het PHM te noemen, herkennen we deze

populatie ergens in een registratie. We kunnen de mensen die behoren bij deze populatie ook echt vinden.

Van deze populatie stellen we de gezondheidstoestand vast en bepalen we wat de grootste problemen zijn. Dit doen we met kwantitatieve data en kwalitatieve informatie van inwoners en professionals, een zogeheten community needs assessment.¹⁹ Deze analyse levert ons het inzicht wat er bij deze populatie speelt en verbeterd kan worden; we spreken binnen PHM over brandhaarden, met andere woorden wat staat er in de fik kwa gezondheid. Dit bepalen we niet zelf, we laten de data spreken.

Binnen deze populatie gaan we dan opzoek bij welk deel van populatie dit echt een groot probleem is, hier kijken we nadrukkelijk ook naar sociale en omgevingsspecifieke factoren. Dit noemen we een segment of een taartpunt: bijv binnen de populatie mannen met risico op hart- en vaatziekten het segment alleenstaande mannen tussen de 50 en 60 jaar.

Als we dat dan weten, dan vragen we ons af wat willen we voorkomen bij deze alleenstaande mannen van 50 tot 60; binnen dit segment. Wat willen we dat niet meer optreedt? Dat kan iets medisch zijn zoals het voorkomen hart- en vaatziekten, maar ook iets meer in het zorggebruik, bijv een ziekenhuisbezoek? Dan gaan we op basis van de data de kans vaststellen op die slechte uitkomst die we willen voorkomen, bijvoorbeeld de kans op een ziekenhuisopname bij alleenstaande mannen tussen 50 en 60. We kennen aan elk persoon in de populatie een kans toe op die slechte uitkomst. We delen dan de groep mensen in in hoog, midden en laag risico op die slechte uitkomst. We noemen dat risicostratificatie. Zo kunnen we nu op basis van medische factoren het risico op de ziekenhuisopname vaststellen.²⁰ Echter, we zien dat de lage sociaal-economische positie een sterk verband heeft met het aantal ziekenhuisopnames.²¹ Dus in het risicostratum met de hoogste kans zitten voornamelijk mensen praktisch opgeleid en laag inkomen, woonachtig in de grote stad. Vervolgens stellen we vast of het überhaupt mogelijk is om de kans op de slechte uitkomst te beïnvloeden? We zoeken dan de juiste interventie daarbij om het risico per groep te verkleinen. Bij PHM doen we dat door eerst vast te

stellen wat de belangrijkste redenen zijn die het hoge risico veroorzaken. We gaan we in gesprek met deze alleenstaande mannen. We krijgen dan inzicht in waar het voor hen nu verbeterd kan worden. Het kan zijn dat de huidige zorg niet alles verzorgd wat zou moeten; we spreken dan van care gaps; gaten in de zorg, bijvoorbeeld deze mannen komen niet vaak genoeg op controle-afspraken. Het kan ook dat sommige omstandigheden niet worden meegenomen in de zorg, bijvoorbeeld het feit dat meneer alleenstaand is, elke dag naar het koffiehuis gaat en veelal gesteund wordt door de eigen kinderen. Het is dan logisch dat de invloeden vanuit het koffiehuis en de kinderen worden betrokken bij de ontwikkeling van de interventie. Dit leidde bijvoorbeeld tot de ontwikkeling van een app waarmee een gezinslid mede inzicht kreeg in het tijdig innemen van de medicatie, het aantal stappen dat deze meneer zet en de bloeddruk en cholesterol indien gemeten. En zo bleek het voor Turkse mannen relevant dat de vrouwen, die veelal het eten verzorgde, werden geïnstrueerd wat de gezonde voedingsproducten zijn. Dat implementeren we dan. Tenslotte evalueren we of het risico op hart- en vaatziekten ook daadwerkelijk verkleind wordt en daarmee de gevolgen van de brandhaard beïnvloeden. En dan zijn we weer terug bij de eerste stap van de cirkel.

Het meest vernieuwende van deze aanpak is de segmentatie en risicostratificatie, waarbij de one-size-fits-all wordt losgelaten. We baseren de zorgverlening niet op het hebben van de aandoening maar mede op sociale determinanten en op het mogelijke risico in de toekomst; we kijken vooruit. Eigenlijk iets wat uitstekend past bij de huidige werkwijze voor individuen in de geneeskunde. We trachten dit alleen proactief op groepsniveau te doen door met data de risico's vooraf te bepalen inclusief de bijdrage van sociale- en omgevings-determinanten.

In Nederland hebben we nog geen toepassing in de praktijk voor de gehele PHM cyclus, maar we doen wel onderzoek naar de verschillende stappen. Zo hebben we de potentie van segmentatie en stratificatie op basis van huisartsendata voor de Nederlandse huisartspraktijk aangetoond in

het proefschrift van Shelley Ann Girwar.²² en is er veel onderzoek over de effecten van verschillende interventies bij specifieke doelgroepen. Ook onder de noemer Value Based Health Care is voor specifieke patiëntgroepen effectiviteit aangetoond. Echter om uit de projectcarroussel te geraken ben ik geïnteresseerd in de effecten van de gehele cyclus op de gezondheid van de mensen. Dat is dan ook het eerste wat ik binnen de leerstoel zal doen. Het effect van deze aanpak op een populatie die is ingeschreven in een huisartspraktijk uitvoeren om acuut ziekenhuisbezoek bij kwetsbare ouderen te voorkomen. Dit gebeurt in de huisartspraktijken in het Verenigd Koninkrijk reeds door specifieke op de risico's in te gaan; men toont in diverse settings een reductie van 20% acute opnames. Uitsluitend door slimmer naar de beschikbare data te kijken en dan proactief zorg in te zetten. Helaas zijn deze resultaten nog niet consistent en robuust²³ dus meer onderzoek lijkt geboden.

Deze aanpak wil ik ook graag verder ontwikkelen met de populaties in het ziekenhuis. Zo kunnen we heropnames voorkomen, instroom beter verdelen en overbehandeling tegengaan. En op deze wijze kunnen we de brug tussen PHM, het LUMC, de Haagse ziekenhuizen en de eerstelijns en het welzijn. Uitsluitend door slimmer naar de beschikbare data te kijken en deze dan proactief zorg in te zetten.

Hierbij maken we gebruik van veel data. We kunnen daarbij afkijken van voorbeelden in de retail. Op mijn vraag wie heeft een bonuskaart van AH reageert een overgrote meerderheid: ja, heb ik. Waarom doet AH die bonuskaart? Om inzicht in ons gedrag te krijgen en op maat-berichten te sturen. Kijk maar naar je bonusbox. Is die hetzelfde als van je buurman? Ik durf met 99% zekerheid te zeggen van niet. De bonusbox is namelijk op maat op basis van de data van jou die AH slim combineert. En wie heeft een bonuskaart van de huisarts of van de zorgverzekeraar die jouw data slim combineert? Krijgen we al proactief ondersteuning van een betrouwbare afzender? Willen we dan niet op basis van onze data acute ziekenhuisopnames voorkomen? Ik ga onderzoeken hoe we de bestaande en beschikbare data over uw ziekte, zorg en

leefstijlgedrag en andere data slim kunnen combineren om tot populatiegerichte ondersteuning te komen. We kunnen nu al met data vaststellen welke groepen onder- en overbehandeld worden. Kortom van Reactieve Zorg naar Proactieve Zorg om u zo gezond mogelijk te houden.

Maar om deze populatiegerichte datagedreven proactieve zorg te realiseren, hebben we nog iets op te lossen. De fragmentatie in de organisatie van de gezondheidszorg met de focus op de eigen organisatie en discipline. Dit speelt uiteraard niet alleen in Nederland maar in vele westerse gezondheidszorgsystemen.

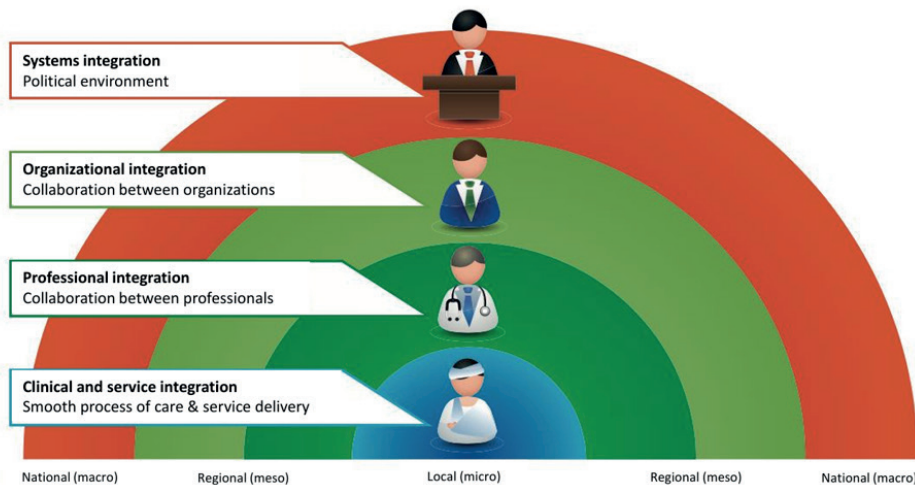
Wat moeten we dan doen in de organisatie van zorg om PHM te implementeren?

Een begin van een antwoord is gegeven in de proefschriften van Pim Valentijn²⁴, Inge Boesveld²⁵ en Naomi Minderhout²⁶ die gebruik maakten van het Regenboogmodel voor Geïntegreerde Zorg en het proefschrift van Annefrans van Ede²⁷ wat leidde tot de PHM Maturity Index.

Het Regenboogmodel voor Geïntegreerde Zorg komt voort uit het onderzoek Op Eén Lijn over samenwerking binnen en met de eerstelijns van ruim 10 jaar geleden.²⁸ Onderzoek dat we nu voortzetten rond de vorming van Regionale Eerstelijns SamenwerkingsVerbanden en WijkSamenwerkingsverbanden.²⁹

Zoals ik al heb gezegd, het blijft een gedoe om organisaties en professionals goed te laten samenwerken in de zorg. Voor een vloeiend proces van zorg in de spreekkamer of op de hoek van de straat moet men samenwerken op en tussen de verschillende niveaus. Uit de Regenboog blijkt: samenwerken is nodig op het niveau van het netwerk van zorg- en welzijnswerkers rond de patiënt; de beroepsgroepen van deze professionals, de organisaties waar deze professionals moeten het samenwerken mogelijk maken en het systeem vanuit bekostiging en wet- en regelgeving moet samenwerking stimuleren. Dus geïntegreerde zorg gaat verder dan zorgpaden; ook het gedrag van professionals, organisaties en facilitering vanuit wet- en regelgeving is nodig.

9



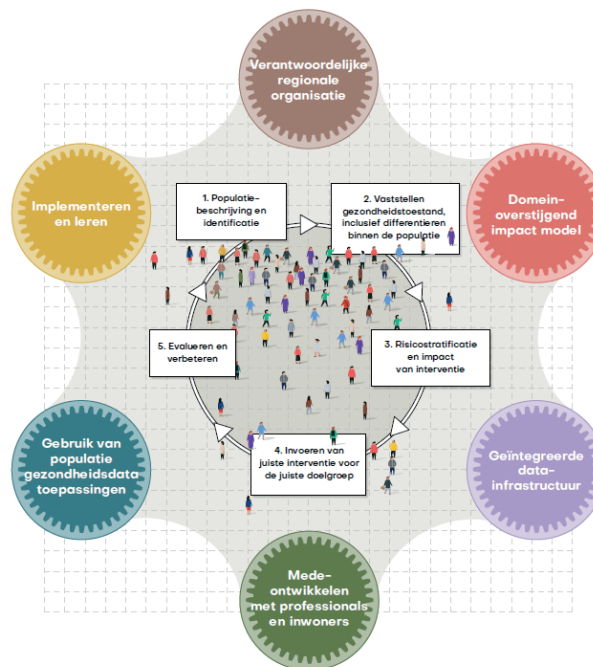
Figuur 2. Vrij naar het Regenboogmodel voor Geïntegreerde Zorg²⁴

Wat zou het toch fijn zijn als die alleenstaande oudere man ook in Nederland door een samenwerkend systeem met een gedeelde ambitie wordt gezien en behandeld.

Wat moeten we dan regelen om dat populatiegerichte geïntegreerde systeem voor elkaar te krijgen: op basis van internationale Delphi-studies²⁷ concluderen we dat samenwerking minimaal nodig is in de governance structuur, de bekostigingsstructuur en de data-infrastructuur op alle niveaus binnen de Regenboog. Maar structuur alleen lijkt niet voldoende, aanvullend zijn er nog drie procesingrediënten nodig;

- het samen ontwerpen van interventies met inwoners en professionals, door zoals in het voorbeeld van de alleenstaande man: het betrekken van het gezin.
- het samen inzetten van de data in de dagelijkse praktijk bijvoorbeeld via dashboards op basis van routinematig verzamelde gegevens; dit leidt tot het tijdig identificeren van care gaps, zoals het niet jaarlijks bepalen van bloeddruk en cholesterol of therapie-ontrouw, zoals het niet tijdig afhalen van medicatie.
- en bij de implementatie starten met de coalition of the willing, aansluiten bij waar de energie zit om te voorkomen dat je aan dode paarden trekt. Mijn ervaring is dat het starten met een klein aantal willing praktijken en dan de olievlek laten werken werkt, totdat het grootschalig moet worden ingevoerd. Dan zijn meer fundamentele veranderingen in governance en bekostiging zeker noodzakelijk (anders blijft het bij een project).

Dat heb je allemaal nodig.



Figuur 3. De populatiegerichte gezondheidscyclus³⁰

In een ideale wereld zie ik de volgende invulling. Eén geïntegreerde organisatie verantwoordelijk voor gezondheid van de populatie, de kwaliteit en de kosten; met een bekostigingssysteem waarin de huidige productieprikkels wordt vervangen door een gezondheidsprikkels; met een data-infrastructuur die de gezondheidsbonuskaart mogelijk maakt. Op basis van data worden de brandhaarden geïdentificeerd, segmentatie en stratificatie uitgevoerd. Hierin ontwerpen en implementeren professionals, inwoners en patiënten samen de opmaat interventies en laten zich leiden door inzichten uit de data. Door deze inrichting ontstaat een cultuur van gezondheidsbevordering waarin de gezondheidsverschillen zullen verkleinen.

Maar ook hierbij geldt weer: mooi bedacht, maar kan dit dan ook in de praktijk worden geïmplementeerd. En als we dat doen leidt dit dan ergens toe, met andere woorden wie wordt er hier nu beter van?

Voor het antwoord krijgen we steun en inspiratie van vergelijkbare buitenlandse initiatieven waar we mee in contact staan. Een mooi Europees voorbeeld is het *Gesundes Kinzigtal* uit Duitsland.³¹ De aanpak bestaat uit een heel pakket van interventies op verschillende schaalniveaus: op systeemniveau, bekostiging via een populatiegericht shared savingscontract, op organisatieniveau een gedeelde governance ondersteund door een specifiek extern datateam, professionals en inwoners participeerden in herontwerp van geïntegreerde zorgtrajecten en preventieprogramma's. Na 10 jaar toonde wetenschappelijke evaluaties voor deze Duitse Kinzigtal populatie een betere overleving, minder ziekenhuisopnames, minder fracturen, meer plezier bij zorgprofessionals en tevredener inwoners met de geboden zorg. En dit allemaal met tegelijkertijd een lagere kostenstijging dan vergelijkbare controlepopulaties. Een vergelijkbaar resultaat is geboekt door de organisatie NUKA voor de populatie in Alaska³², waar nauw is samengewerkt met de oorspronkelijke bevolking (de inuïts of eskimo's) om gezondheidsprogramma's op te zetten. Ook hier bleek de combinatie met een bekostiging gericht op gezondheid en gezamenlijke governance een belangrijk onderdeel te zijn. Vergelijkbare resultaten tonen Ribera Salud uit Valencia en Kaiser Permanente uit de Verenigde Staten.³³ In beide settings was een geïntegreerde governance voor preventie, eerste en tweede lijn met de juiste financiële prikkel randvoorwaardelijk voor minder ziekenhuiszorg en meer gezondheid. Een interessante constatering is dat inmiddels landen als Singapore en Saudi Arabië hebben gekozen voor een vergelijkbare PHM aanpak.

Wat ontbreekt in ons land is het onderzoek naar de werkzaamheid en effectiviteit van het totaal; lukt het ons dan ook om met minder zorg meer gezondheid te realiseren. Het onderzoek hiernaar wil ik graag binnen deze leerstoel stimuleren met de regio's die vanmiddag op het symposium hun aanpak presenteerde.

Echter, het vaststellen van de effectiviteit en werkzaamheid van de totale PHM aanpak is een complexe opgave. Alles is verbonden, draait en er is veel onvoorspelbaarheid. Deze complexe opgave vraagt dan ook om een passende interdisciplinaire onderzoeks aanpak. Hierbij combineren we bij voorkeur de meer rigide epidemiologische studieopzet met de methodologie vanuit de transitiekunde waarin het leren en verbeteren centraal staat. We combineren Het Erklären en Het Verstaan. Met de collega's op de Health Campus, die afkomstig zijn vanuit verschillende disciplines, moet dit lukken.

En dan nu over naar het onderwijs.

U begrijpt dat dit populatiegerichte denken en handelen geen gesneden koek is voor iedereen binnen de gezondheidszorg. Velen zijn en worden opgeleid in een ander kader waarbij het handelen op basis van wetenschappelijk bewijs (het zogenaamde Evidence Based Medicine) vanuit de eigen discipline centraal staat. Ik denk dat we daarmee blijven doen wat we deden. Ik zie graag opleidingen meer aandacht besteden aan de behoeften van de populatie vanuit een interdisciplinair perspectief. Wij doen dat op de Health Campus in Den Haag in onze onderwijsactiviteiten aan de hand van transformatief leren: studenten leren omgaan met een constant veranderende complexe omgeving. We verzorgen o.a. een jaarlijkse Summerschool en ons paradepaardje de 2-jarige masteropleiding. De kern van deze interdisciplinaire opleiding bestaat uit 4 disciplines: geneeskunde, gedragswetenschappen, data wetenschappen en bestuurskunde. Deze opleiding verzorgen we vanuit een goed geolied team samen met elkaar, waarbij mijn maatje Judith Havelaar als organisatorische motor voor de opleiding (en voor mij) onmisbaar is. Het mooiste compliment krijgen we terug van onze studenten: men voelt zich meer en meer ambassadeur van een missie om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken.

Echter naar mijn mening is alleen aandacht binnen de master PHM onvoldoende om het populatiegericht denken en handelen te implementeren. Mijn ambitie is dat ook

binnen de andere masteropleidingen en specialistische vervolgopleidingen binnen het LUMC aandacht moet zijn voor deze cultuurverandering, want de future health professional van het LUMC beperkt zich naar mijn mening niet meer tot de competenties van het eigen ambacht, want die versterkt daarmee het silodenken, maar hij of zij staat met beide benen in de maatschappij en is in staat om verschillen binnen de populatie interdisciplinair aan te pakken.

Maar ook richting bacheloronderwijs zijn er mogelijkheden. We werken aan twee minoren onder aanvoering van Martijn Sijbom: één interdisciplinaire minor Sustainable Health & Care binnen de Universiteit Leiden met betrokkenheid van 5 faculteiten; die is al klaar en start in september, en één binnen een netwerk van Europese universiteiten. Het ligt dan in de lijn om ook de mogelijkheid van een volledige bacheloropleiding rond dit thema te onderzoeken. En ook professionals werkzaam in de zorg vergeten we niet. Ik ben dan ook verheugd dat we met extra middelen, beschikbaar gesteld door de gemeente Den Haag, het postgraduate onderwijs van PHM kunnen stimuleren.

Dus, kortom we hebben ontzettend veel ingrediënten bij elkaar met hartstikke veel heel hoog opgeleide professionals, slimme mensen, en prachtige inzichten vanuit onderzoek en onderwijs. Hiermee kunnen we echt wel deze populatiegerichte benadering implementeren en onderwijzen.

En als dat lukt realiseren we de titel van deze oratie: met minder zorg meer gezondheid.

Ik heb genoeg te doen in de komende jaren! Ik ga er mee aan de slag.

En de laatste paar minuten zijn voor het dankwoord

In mijn rijke carrière tot nu toe zijn veel mensen langs gekomen, sommigen zijn gebleven, anderen zijn op een andere trein verder gegaan. Ik kan onmogelijk iedereen noemen. Ik beperk mij dan ook tot mijn huidige werkring en naasten.

Als eerste, het College van Bestuur van de universiteit en de Raad van Bestuur van het LUMC. Dank voor de stimulering

van de afgelopen jaren. Het inrichten van de Health Campus, de masteropleiding PHM en nu deze leerstoel PHM. Een duidelijke en consistente strategie die heeft geleid tot een zeer succesvolle interdisciplinaire Health Campus in Den Haag met actieve deelname van 4 faculteiten: Geneeskunde, Sociale Wetenschappen, Wis en Natuurkunde en Governance en Global Affairs; inmiddels in een prachtig nieuw gebouw op de hoek van de Grote Markt en het Spui; hetzelfde gebouw waar ik 42 jaar geleden mijn 1^e serieuze bijbaan in het postagentschap in de V&D had. Sommigen spreken erover dat voor mij de cirkel rond is.

Dank aan het college voor Promoties en de Benoemingsadviescommissie die deze leerstoel en mijn benoeming mogelijk hebben gemaakt.

Dank aan Mattijs Numans, die mij de mogelijkheid bood om mijn academische carrière weer op te pakken en in Den Haag iets gaafs neer te zetten. Onze persoonlijke band en het samenwerken onder jouw stijl van leidinggeven pakte voor mij heel goed uit, hoewel het laatste stukje een beetje lang heeft geduurd. Het is allemaal op zijn plaats gevallen. Dank daarvoor.

De huidige leiding van de PHEG en de Campus, Hedwig Vos en Jessica Kieft. Dank voor de wijze waarop jullie kaders en ruimte bieden aan deze senior. Ik waardeer zeer de open en transparante communicatie die we met elkaar hebben. Ik gedij daar goed bij. Laten we dit vooral voortzetten, met name om de verbinding tussen PHM, het LUMC en de Haagse regio te versterken.

De collega's van de Campus van het eerste uur, Jeroen Struijs en Rimke Vos, we lopen al een aantal jaren samen op en delen veel, o.a. over het beleid van de afdeling en het LUMC. Dank voor het vertrouwen, de gezelligheid en de oprechtheid.

En dan de mensen met wie ik dagelijks optrek.

Eerst het onderwijs: het hele masterteam, Judith, Paula, Julia, Anna, Nienke en Leonie. Dank voor alle inzet om dit programma te verbeteren en de studenten en docenten zo

goed mogelijk van dienst te zijn. En uiteraard dank aan alle docenten die elk jaar weer klaar staan om het onderwijs vol enthousiasme te verzorgen en de begeleiding in stage- en scriptietrajecten. Dank dat de studenten jullie elke keer weer zo weten te waarderen. En dan de studenten die het hebben aangedurfd om deze nieuwe master te volgen; ook voor jullie was het een grote stap en avontuur zonder referenties. Dank voor jullie lef!

Dan het onderzoek: de collega hoogleraren en onderzoekers op de Health Campus. Ik heb de Campus in de afgelopen 10 jaar enorm zien uitbreiden. Het is inmiddels onmogelijk om met iedereen persoonlijk samen te werken. Dus dank aan allen, op welke wijze we ook samenwerken voor de bereidheid om vanuit een interdisciplinair perspectief PHM weer sterker te maken. En of je het nu PHM wilt noemen of niet, je doet het stiekem toch!

En dan een aantal mensen die professioneel dichtbij mij staan, actief zijn of waren in het onderwijs of onderzoek, die al heel lang of recent met mij optrekken. Ik noem hierbij speciaal Inge Boesveld, Dite Husselman, Shelley Ann Girwar, Naomi Minderhout, Annefrans van Ede, Martijn Sijbom, Els Roorda, Astrid Alsema en de jonkies Sam Hundersmark, Hilde Veeke en Mark van der Pijl. Jullie vormen voor mij wel het hart van PHM op de Campus en daarbuiten. Dank voor jullie tomeloze inzet en voor sommigen dat jullie het al zolang met mij uithouden. Ik waardeer het zeer.

En dan kom ik aan het laatste stukje dat bewaard is voor mijn dierbaren. Laura (uiteraard met Pieter-Jaap), Fleur en Merel; al van kleins af aan passen jullie je aan aan mijn werkritme, of jullie nu willen of niet. En hoe ouder jullie worden, hoe meer jullie mij een spiegel voorhouden dat het leven ook zeker uit plezier maken bestaat. Dat heeft zeker bijgedragen aan mijn ontwikkeling en mijn plezier in het leven, dank jullie wel. En dan als laatste, Hèlen, zonder jou was deze P er niet gekomen. Waar wij of jij ook op deze wereld was, de steun en het vertrouwen was en is er altijd. Dank je wel; deze is ook een beetje van jou. Ik heb gezegd.

Referenties

1. Bruijnzeels MA. Illness in Children and Parental Response. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam 1997.
2. Programmacommissie SEGV. Tweede Fase. Sociaal-economische Gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en Beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZON, 2001.
3. Harmsen H. When cultures meet in medical practice. Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), 2003. 153 p.
4. Voorham AJJ, Uitewaal PJM, Bruijnzeels MA. Het effect van voorlichting in de eigen taal aan Turkse diabetespatiënten. TSG. 2002;80(2):514-520.
5. VZInfo 2025, Gezonde levensverwachting | Leefstijl en geslacht. RIVM, Bilthoven 2025.
6. Reep C, Bruggink JW. 2025. Leefstijl en Sociaaleconomische status. In: Statistische Trends. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag. 21-03-2025.
7. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood). 2008;27(3):759-769.
8. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Huisarts Wet. 2019;62(10):28-56. Herzien 2021
9. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227-3337.
10. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Lancet. 2005;365(9464):1099-1104.
11. El Fakiri, F. (2008). Prevention of cardiovascular diseases in deprived neighbourhoods. [Doctoral Thesis, Erasmus University Rotterdam]. Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR).
12. Agyemang CO. Ethnic variations in blood pressure and hypertension. Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), 2005. 170 p.
13. Uitewaal PJM. Type 2 Diabetes mellitus and Turkish Immigrants: an educational experiment in general practice. Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), 2003. 135 p.
14. Manna DR. Standardisation in a Multi-Ethic World: a Paradox?. Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), 2006. 127 p.
15. Vos HMM. Strijd voor gezondheid [inaugurale oratie]. Universiteit Leiden, 21 november 2025; Leiden, Nederland
16. Kindig DA, Stoddart GL. What is population health? Am J Public Health. 2003;93(3):380-383.
17. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974.
18. World Health Organization. Regional Office for Europe. Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being: primary health care policy paper series. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2023.
19. Abimbola S, et al. A scoping review of community health needs and assets assessment: concepts, rationale, tools and uses. BMC Health Serv Res. 2023;23:44
20. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Prevention and management of diabetic foot disease: 2023 IWGDF guideline summary. 2023.
21. Anderson SG, Shoo H, Saluja S, Anderson CD, Khan A, Livingston M, Jude EB, Lunt M, Dunn G, Heald AH. Social deprivation modifies the association between incident foot ulceration and mortality in type 1 and type 2 diabetes: a longitudinal study of a primary-care cohort. Diabetologia. 2018 Apr;61(4):959-967.
22. Girwar SAM. Risk stratification in Dutch primary care [dissertation]. Leiden: Universiteit Leiden; 2023
23. Golinelli D, Pecoraro V, Tedesco D, et al. Population risk stratification tools and interventions for chronic disease management in primary care: a systematic literature review. BMC Health Serv Res. 2025;25:526.
24. Valentijn PP. Rainbow of chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care [dissertation]. Tilburg (The Netherlands): Tilburg University; 2015

25. Boesveld IC. Integrated birth care: a Triple Aim: quality of birth centre care in the Netherlands [dissertation]. Utrecht (The Netherlands): Utrecht University; 2017
26. Minderhout RN. A novel approach towards acute care integration [dissertation]. Leiden (The Netherlands): Leiden University; 2022
27. van Ede A. The implementation of Population Health Management: bridging science and practice [dissertation]. Den Haag (The Netherlands): Health Campus Den Haag / Universiteit Leiden; 2025
28. Valentijn PP, Vrijhoef HJM, Ruwaard D, de Bont A, Arends RY, Bruijnzeels MA. Exploring the success of an integrated primary care partnership: a longitudinal study of collaboration processes. BMC Health Serv Res. 2015;15:32
29. ZonMw. MOVE: Mechanismen voor Ondersteuning van de Versterking Eerste lijn [projectpagina]. Den Haag: ZonMw; 2025
30. Ministerie van VWS. Zorgakkoorden.nl [focus op gezondheid met de populatiegerichte gezondheidscyclus] 11-6-2024
31. Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A, Witzenrath W. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. Int J Integr Care. 2010;10:e039.
32. Gottlieb K. The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships. Int J Circumpolar Health. 2013;72:21118.
33. OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2024

PROF.DR. MARC BRUIJNZEELS



Marc A Bruijnzeels (1965) is hoogleraar Population Health Management: Implementatie en Educatie en opleidingsdirecteur van de masteropleiding Population Health Management verbonden aan het Leids Universitair Medisch Centrum.

Hij is in 1989 afgestudeerd als politicoloog, waarna hij de weg vond in de gezondheidszorg als onderzoeker bij achtereenvolgens de instituten Huisartsgeneeskunde (1989-1998) en Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam (1998-2005). Daar promoveerde hij op een proefschrift getiteld 'Illness in Children and Parental Response' en werd gegrepen door sociaal-economische en sociaal-culturele verschillen in gezondheid en zorggebruik. In deze periode werkte hij ook in deeltijd als onderzoeker bij de GGD Rotterdam (1995-1998) en als wetenschappelijk coördinator van het landelijke programma Cultuur & Gezondheid bij ZorgOnderzoek Nederland, de voorloper van ZonMW (1999-2001).

Na het begeleiden van diverse promotietrajecten, verkaste hij in 2005 naar een meer praktijkgerichte functie. Als directeur van Stichting Lijn1, de regionale ondersteuningsstructuur voor de geïntegreerde

eerstelijnszorg in de regio Haaglanden (ROS), heeft hij de samenwerking binnen en met organisaties in de eerstelijnsgezondheidszorg gestimuleerd. Vanaf 2008 tot 2012 was hij tevens bestuurer van Stichting Precura, een organisatie die leefstijlprojecten op het snijvlak van de eerstelijnszorg en gemeente in de Haagse achterstandswijken verzorgde. In 2011 vertrok hij uit Den Haag en richtte hij in Almere het Jan van Es Instituut op, een landelijk kenniscentrum voor de geïntegreerde eerstelijnszorg. Vanuit deze positie heeft hij een actieve rol gespeeld in het onderzoek, training en implementatie van eerstelijnszorggroepen en multidisciplinaire gezondheidscentra. Hij was lid van de landelijke Task Force voor de invoering van integrale bekostiging in de geboortezorg (2015-2017) en heeft in België diverse rollen gehad bij de landelijke beleidsambitie om geïntegreerde zorg in te voeren (2013-2018).

Vanaf 2015 is hij betrokken bij de opzet en ontwikkeling van de interdisciplinaire Health Campus in Den Haag van het LUMC en Universiteit Leiden, waar hij in 2018 in dienst trad. Naast de begeleiding van divers onderzoek op het terrein van Population Health Management, geeft hij leiding aan de opzet en uitvoering van de masteropleiding Population Health Management. Hij is sinds 2020 tevens opleidingsdirecteur van deze masteropleiding. Tevens verzorgt hij vanaf 2020 samen met de KNMP de opleiding tot kaderapotheker.

In zijn carrière is Marc betrokken bij vele onderzoeksprojecten die hebben geleid tot meer dan 100 internationale publicaties en meer dan 15 promoties.

Marc is op 1 februari 2025 benoemd tot hoogleraar Population Health Management: Implementatie en Educatie.

Marc is getrouwd en heeft drie dochters.



Universiteit
Leiden