



**Anders Beter**

Regioregie in de Westelijke Mijnstreek

# Voorwoord

## Regioregie in de Westelijke Mijnstreek: 'ANDERS BETER'

De zorgsector is volop in beweging. Zorgaanbieders worden uitgedaagd om betere zorg te leveren voor een betere prijs. Een opgave die niet altijd gemakkelijk is. Het ombuigen van de kostengroei is nodig om de beste zorg ook in de toekomst te kunnen waarborgen. Dit gaat niet vanzelf. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en patiëntenorganisaties moeten zich hier gezamenlijk voor inzetten. Dat geldt zeker voor de Westelijke Mijnstreek, met circa 150.000 inwoners. Deze regio kampt sinds tien á vijftien jaar met dalende inwonersaantallen en sterke vergrijzing. Dit leidt onder meer tot een stijgende zorgvraag van mensen met een chronische aandoening en multimorbiditeit, maar ook tot steeds meer krapte op arbeidsmarkt en oplopende zorguitgaven.

In de Westelijke Mijnstreek zijn de laatste jaren op het gebied van transmurale zorg al verschillende beloftevolle projecten tussen de eerstelijns en de tweede lijn in gang gezet. Mede daardoor is er sprake van een goede relatie en functionele afstemming tussen huisartsen en specialisten. Orbis Medisch en Zorgconcern, zorggroep Meditta, Medisch Coördinatie Centrum Omnes, Zorgverzekeraar CZ en zorgvragersorganisatie Huis voor de Zorg willen door slimmer organiseren de volgende stap zetten op weg naar toekomstbestendige zorg in de regio. In 2012 is een gezamenlijke verkenning van de beoogde doelen uitgevoerd. En er is gekeken naar de weg waarlangs deze doelen bereikt kunnen worden. KPMG Plexus heeft deze fase van het traject begeleid.

De eerste fase van de verkenning is in het vierde kwartaal van 2012 afgesloten met een intentieverklaring van de coalitiepartijen. Vervolgens zijn tien uitgangspunten geformuleerd om doelmatige zorg van hoge kwaliteit te bereiken:

01. Een betere gezondheid en kwaliteit tegen lagere kosten, waardoor minder meerkosten bij een vergrijzende populatie ontstaan.
02. Gezamenlijke afspraken tussen zorgaanbieders over specifieke zorggebieden en met zogeheten shared savings voor verzekeren, zorgaanbieders en zorgverzekeraar.
03. Juiste zorg op de juiste plek, waarbij domeindenken van de afzonderlijke schakels in de keten (verder) wordt verlaten.
04. De rol en verantwoordelijkheid van de patiënt bij zijn eigen gezondheid worden nadrukkelijk meegenomen.
05. Met ambitieuze (lange termijn) aspiraties, pragmatische (korte termijn) slagkracht organiseren met een focus op het realiseren van quick wins.
06. De huisarts is de spil in de zorg en vervult een sterke keuze-, gids- en zeeffunctie.
07. De medische specialist is er voor specialistische zorg.
08. Meten is weten.
09. Verbeteringen worden gerealiseerd op regioniveau.
10. Praktijkondersteuner/verpleegkundig specialist heeft een centrale rol in de continuïteit van zorg.

Deze fase heeft een eerste inzicht verschaft in de richting en omvang van zorggebieden waar de kwaliteit en doelmatigheid verder verbeterd kan worden en initiatieven ook al in gang zijn gezet, zoals diabetes, COPD, CVA en ouderenzorg. Op basis van deze eerste analyse zijn bovendien farmaceutische zorg en generieke zorg van de huisarts (gids- en zeeffunctie) vooraan aangewezen als aandachtsgebieden die voorrang krijgen. Verdieping hiervan en analyse van deze zorggebieden moeten in 2013 leiden tot een plan van aanpak. De coalitiegenoten streven hierbij naar één of meer quickwins.

Op de langere termijn gaat het om een populatiegebonden aanpak, die niet beperkt is tot de Zorgverzekeringswet en de AWBZ maar ook de andere domeinen zoals de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Wet Publieke Gezondheid (WPG) bestrijkt. Daartoe wordt samenwerking gezocht met andere stakeholders, waaronder gemeenten en werkgevers.

Zoals gezegd worden in 2013 de voorbereidingen getroffen voor de eerste zorginhoudelijke interventie, farmaceutische zorg. Aan de nascholingsreis van de Stichting Basis, die begin juni 2013 in Dublin heeft plaatsgevonden, hebben ruim veertig huisartsen en specialisten uit de Westelijke Mijnstreek deelgenomen. Deze nascholing stond volledig in het teken van de toekomstbestendigheid van de zorg. Ook het Huis voor de Zorg en CZ waren hierbij vertegenwoordigd, waardoor het draagvlak verder is versterkt. Inmiddels heeft het regio-initiatief de naam 'Anders Beter' gekregen. Daarmee wordt aangegeven dat het anders organiseren van de zorg een kritieke succesfactor is voor verbetering van de kwaliteit, gezondheid en betaalbaarheid.

De initiatiefnemers zijn door journalist Loek Kusiak in mei 2013 geïnterviewd over hun motieven om aan 'Anders Beter' deel te nemen. Deze interviews zijn in deze brochure samengevat. Dit biedt een eerste indruk van dit regio-initiatief dat, hoewel nog maar net gestart, benadrukt hoe belangrijk het is dat alle belanghebbenden een actieve en gelijkwaardige rol willen spelen om van 'Anders Beter' een succesvolle operatie te maken.

Juni 2013	Orbis Medisch en Zorgconcern Meditta MCC Omnes Huis voor de Zorg CZ	Meer informatie: Lilo Crasborn Algemeen coördinator MCC Omnes: lilocrasborn@mcc-omnes.nl
-----------	---	--

## Inleiding

Vergrijzing, ofwel steeds meer ouderen en mensen die chronisch ziek zijn, maar ook steeds minder mensen beschikbaar die professionele zorg kunnen verlenen. Dit toekomstbeeld roept de vraag op hoe kwalitatief goede zorg in de Westelijke Mijnstreek voor de toekomst toegankelijk én betaalbaar blijft. Die vraag beantwoorden en omzetten in concrete daden is de uitdaging in het Regioregie-experiment 'Anders Beter', een samenwerking van de patiëntenorganisaties in het Huis voor de Zorg, huisartsenzorgorganisatie Meditta, Orbis Medisch en Zorgconcern, het coördinatiecentrum voor diagnostiek MCC Omnes en zorgverzekeraar CZ.

Zij slaan als 'zorgcoalitie' de handen ineen om de zorg in de Westelijke Mijnstreek te vernieuwen: beter voor de kwaliteit van leven van de patiënt en beter voor de artsen en praktijkondersteuners. Oftewel: de juiste zorg op de juiste plek, en dat alles tegen kosten die niet verder exploderen, maar beheersbaar blijven en de continuïteit van doelmatige en hoogwaardige zorg garanderen. Uitgangspunt daarbij zijn cijfers en analyses over de gezondheidssituatie van de gehele populatie en de zorgpraktijk in de Westelijke Mijnstreek. Preventie en ontzorgen door het stimuleren van een gezonde leefstijl en zelfmanagement van de patiënt zullen nadrukkelijk onderdeel zijn van de meerjarige aanpak in de Westelijke Mijnstreek.

Regioregie 'Anders Beter' stoelt op de volgende pijlers: samenwerking, versterking van de eerstelijnszorg, zorg op maat, ontzorgen en een financiële prikkel om de opbrengst van kostenbesparingen ('shared savings') aan te wenden voor verdergaande zorginnovaties en gezondheidswinst in de regio. Wat nodig is om de doelen van 'Anders Beter' te realiseren (en te verzilveren), wordt in deze brochure toegelicht door vertegenwoordigers van de vijf stakeholders in de coalitie 'Anders Beter'. Zij schetsen hun nieuwe rol en de eigen inzet die zij op de verschillende pijlers willen plegen, maar ook de verwachtingen die van de andere partners gekoesterd worden om samen tot aansprekende resultaten te komen.



“Als neutrale organisatie zijn wij gewend aan polderen. We kunnen partijen over hun eigen schaduw heen laten springen.”

Mariëlle Krekels

 Mariëlle Krekels

## Voortbouwen op bestaande samenwerking

Op het gebied van samenwerking kan Regioregie ‘Anders Beter’ een vliegende start maken, is de verwachting van **Mariëlle Krekels**, directielid van MCC Omnes en internist in het Orbis Medisch Centrum. ‘Al sinds vijf jaar doen huisartsen en medisch specialisten met elkaar ervaring op in de keten en diagnostiek in de eerstelijnszorg. Op dat fundament van samenwerking kunnen we voortbouwen aan verbetering van de patiëntenzorg, met meer grip op de kosten.’

Voor MCC Omnes is in de Regioregie volgens Krekels een rol als ‘bruggenbouwer’ weggelegd. ‘Als neutrale organisatie zijn wij gewend aan polderen. We kunnen partijen over hun eigen schaduw heen laten springen en belangen verbinden. Bovendien willen we de menselijke maat en de kwaliteit van de zorg centraal stellen. Het mag niet louter een discussie over kostenefficiëntie worden.’ **Erwin Vijgen**, huisarts te Geleen en bestuurslid van Meditta, de organisatie van huisartsen in de Westelijke Mijnstreek, zegt: ‘De samenwerking die er al is gieten we met Regioregie in een structuur voor inte-

grale zorg, met heldere afspraken over wie welk consult of welke behandeling doet. We willen de buitenwereld graag tonen wat zorgverleners gezamenlijk doen aan kwaliteitsverbetering in combinatie met kostenbeheersing.’

Ook **Roel Goffin**, bestuurder van het Orbis Medisch en Zorgconcern, acht het moment rijp om de grenzen tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg waar dat kan verder te slechten. ‘De regio maakt al afspraken om overbodige of dubbele diagnostiek te voorkomen, maar verdere finetuning is noodzakelijk. Denk daarbij aan afstemming op het gebied van protocollen, behandelmethoden, werkbelaasting, samenstelling van multidisciplinaire teams op bepaalde ziektebeelden. De snel stijgende zorgbehoefte in deze regio van ouderen met co-morbiditeit stelt ons voor vragen als: Wat kunnen en moeten we doen om mensen zo lang mogelijk uit het zorgcircuit te houden? Hoe kunnen we zelfredzaamheid en geloof in eigen regie van patiënten bevorderen? Er wordt in deze regio soms te snel gedacht: Ik mankeer wat, de huisarts zal er toch niks aan kunnen doen, maar het ziekenhuis wel. Die mentaliteit moet veranderen.’



“Regioregie kan een einde maken aan de versnippering en het langs elkaar heen werken in de zorgverlening.”

Jo Maes


 Jo Maes

## Versnippering en dubbel werk tegengaan

**Jo Maes**, directeur Huis voor de Zorg in Limburg, verwacht dat Regioregie een einde kan maken aan de ‘versnippering en het langs elkaar heen werken’ in de zorgverlening. ‘Mensen die chronisch ziek zijn, komen in veel gevallen bij verschillende artsen. Deze zijn elk voor hun onderdeel verantwoordelijk. Vaak herhalen deze professionals het onderzoek van de ander, of stemmen ze niet af in het voorschrijven van medicatie. Voor het geheel is vaak niemand verantwoordelijk. Wie dan zelfredzaam wil zijn, moet maar improviseren. En dat terwijl een groeiende groep patiënten in de Westelijke Mijnstreek juist behoefte heeft aan vaardigheden en aanmoediging om zelfredzaam te zijn. Het Huis voor de Zorg wil meehelpen dit proces vanuit patiëntervaringen strategisch op de rails te zetten en dat kritisch blijven volgen.’

Zorgverzekeraar CZ is in de Regioregie vooral aanjager, ofwel één van de partijen die met andere stakeholders voorstellen ontwikkelt en in praktijk brengt, maar ook de resultaten op een rij zet. ‘CZ heeft de wettelijke plicht,’ zegt **Wiro Gruisen**, manager Regioregie CZ, ‘om van de premies van verzekerden goede zorg in te kopen. Tegelijk voelt CZ veel verantwoordelijkheid voor het tegengaan van zorgconsumentisme. Onnodige zorgkosten ontstaan wanneer huisartsen hun patiënten te snel voor onderzoek doorsturen naar het ziekenhuis. Daarmee wordt productie beloond, niet effectieve zorg. In de Regioregie willen we kwaliteitsverbetering van de zorg, gezondheid van de bevolking in deze regio en kostenbeheersing aan elkaar koppelen. Het mag niet gebeuren dat de zorg onhoudbaar duur wordt, waardoor een voldoende aanbod van goede, toegankelijke zorg zal verschromelen.’ Regioregie is in wezen marktsamenwerking: een mix van het goede van marktwerking zoals meer transparantie enerzijds en van samenwerking tussen partners die alles weten van de gezondheidssituatie in de regio anderzijds. **Wiro Gruisen**: ‘Het hogere doel is dat de verzekerde alleen de noodzakelijke zorg



 Erwin Vijgen



 Roel Goffin



 Wiro Gruisen

“Het mag niet gebeuren dat de zorg onhoudbaar duur wordt, waardoor een voldoende aanbod van goede, toegankelijke zorg zal verschromelen.”

Wiro Gruisen

krijgt. Niet te veel, niet te weinig, maar per saldo in veel gevallen wel beter. Er is al veel kennis over wat kwalitatief goede zorg is, bijvoorbeeld op het gebied van ketenzorg, vroegdiagnostiek bij dementie of e-health. Het gaat er nu om deze kennis ook te implementeren en richtlijnen na te leven.’

‘Inderdaad,’ beaamt **Roel Goffin van Orbis MC**. ‘Bestaande kennis moet dienen als inspiratie voor verbetering. Op basis van feiten en benchmarking moeten we nagaan hoe we de beste zorg handiger kunnen organiseren tegen de beste prijs. Een aantal jaren geleden gingen discussies met zorgverzekeraars vooral over volume en prijzen van behandelingen. De laatste twee jaar letten de zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg scherper op kwaliteit van zorg. Dat is winst. Alléén naar kostenbeheersing kijken is mij, als ik naar Regioregie kijk, ook wat te beperkt. Uiteraard moeten algemene ziekenhuizen, Orbis MC niet uitgezonderd, kritisch kijken naar het volume van hun productie. Maar het gaat in de Regioregie ook om het in praktijk brengen van een gezamenlijke visie op een betere zorg- en leefkwaliteit. Een belangrijke vraag is: waarin scoren we goed en wat kan beter? Uit

onderzoek van KPMG Plexus blijkt dat onze regio met betrekking tot CVA-zorg tot de top 25 in Nederland behoort. Maar op het gebied van COPD-zorg en op het gebied van voorschrijven van farmacie kunnen we behoorlijk verbeteren.’

### Een sterkere poortwachter

Huisartsen hebben als eerstelijnszorgers een cruciale functie. Zij zijn de poortwachters en hebben door hun vertrouwensrelatie met de patiënt veel invloed op de route die de patiënt door de gezondheidszorg aflegt. Daarmee bepaalt de eerstelijnszorg ook mede de kosten. Stakeholders in de Regioregie ‘Anders Beter’ willen de rol van de poortwachter versterken. Dat betekent: zorg bieden in de eerste lijn als het kan, zorg bieden in de tweede lijn als het moet en bevorderen dat zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijns wordt overgeheveld.

‘Het doorstuurgedrag van huisartsen,’ stelt **Roel Goffin** vast, ‘is in deze regio nog steeds bovengemiddeld. De zeef-functie mag strenger worden.’

**Mariëlle Krekels**: ‘Niet iedere doorverwijzing naar de medisch specialist is per se nodig. Vaak wordt ook niet geprobeerd

te doorgronden wat het verhaal achter de gezondheidsklacht is. Een patiënt van 50 is toch een andere dan iemand van 85. Het aantal diagnoses en behandelingen is enorm gestegen, maar bij veel aandoeningen leidt dat niet tot een aantoonbaar lager sterftecijfer. Vooral in de allerlaatste levensjaren stijgen de kosten explosief, terwijl lang doorbehandelen niet zorgt voor meer kwaliteit van leven.’

**Erwin Vijgen van Meditta** stelt dat de huisartsen in de Westelijke Mijnstreek al proberen terughoudend te zijn met doorverwijzen. ‘Tussen huisartsen en de internisten in het Orbis is bijvoorbeeld afgesproken dat patiënten met diabetes type 2 in principe bij de huisarts thuis horen en niet bij de specialist, tenzij sprake is van hoge noodzaak. Met de zorgverzekeraar kunnen hierover mijns inziens afspraken worden gemaakt, dus: alleen vergoeding van de behandeling van de patiënt bij de huisarts, en niet bij de specialist, zoals nu nog het geval is.’


**Jo Maes van het Huis van de Zorg** signaleert dat mensen steeds meer in staat zijn om mee te beslissen. “Via patiëntenplatforms en internet raken mensen goed geïnformeerd en worden mondiger.

Dus neem de tijd voor shared decision making. De arts moet met de patiënt de voor- en nadelen van behandelingen afwegen. Samen de knoop doorhakken. Uiteindelijk wil je een besluit waarin de patiënt centraal staat en niet de declaratie van een arts. Veel zorg die geleverd wordt is ook niet evidence based. Want hoeveel potentiële risico’s op het krijgen van een aandoening leiden echt tot fatale klachten? Specialisten weten dat vaak ook niet.’

Dat huisartsen en specialisten meer werk maken van hun informatietaak naar de patiënt ligt voor de hand, vindt **Krekels**. ‘Goede voorlichting vergt wat extra tijd en geduld, maar is lonend. Dan gaat het om communicatie over risico’s van diagnoses, zoals ongerustheid en onzekerheid over de uitslag, kans op overbehandeling en gezondheidsschade door complicaties. Wellicht zal de patiënt in gezamenlijke besluitvorming met de arts afzien van een behandeling of operatie. Hiermee krijg je meer op de persoon toegesneden zorg, die ook zuiniger is.’ ‘Bovendien,’ vult **Wiro Gruisen** aan, ‘kunnen artsen door op de individuele patiënt toegesneden zorgplannen te



“We moeten het bewustzijn aanwakkeren dat mensen veel eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en genezingsproces hebben.”  
Erwin Vijgen

 Erwin Vijgen

maken beter inspelen op de mogelijkheden die patiënten hebben om zelf de zorg te ‘managen’ maar ook op de specifieke behoeften bijvoorbeeld in het geval van co-morbiditeit. We kunnen hierbij inzichtelijk maken hoe ze presteren ten opzichte van collega’s. Dit soort spiegelinformatie kan interessante praktijkvoorbeelden opleveren voor betere zorg en nuttig om waar nodig bij te sturen.’

### Specialisten in de huisartspraktijk

Van medisch specialisten wordt in de Regioregie ‘Anders Beter’ verwacht dat ze meedenken met de eerstelijns en daarin ook zelf participeren om de zorg dicht bij huis voor meer mensen mogelijk te maken. Door deze inzet van medisch specialistische expertise ontstaat zogeheten eerstelijns-plus zorg.

‘Kijkend naar mogelijkheden,’ zegt **Roel Goffin**, ‘om de specialist in de huisartspraktijk te laten meewerken, denk ik vooral aan chronische zorg, longgeneeskunde, diabetes, misschien zelfs kleine chirurgie. Ook revalidatie en

reactivering kun je dichter in de eerstelijnszorg brengen. Daarnaast moeten we met huisartsen onderzoeken hoe je COPD-patiënten tijdiger kunt diagnosticeren, zodat je hen in een betere conditie naar het ziekenhuis kunt doorverwijzen. Of misschien niet eens hoeft door te verwijzen.’

‘Met screen-to-screen consulten tussen huisarts en specialist, of slimme e-health in de thuissituatie, kunnen we mogelijk eerder vaststellen hoe de toestand van een COPD-patiënt zich ontwikkelt. Risicovolle patiënten kun je vertellen om op bepaalde signalen te letten, waardoor je voorkomt dat ze erg laat in het ziekenhuis belanden.’ De gemiddelde verblijfsduur bij opname bedraagt zeven dagen. Een gemiddelde verpleegdag kost 450 euro. Goffin: ‘Wanneer dat met twee à drie dagen is te bekorten en je iemand niet op een intensive care hoeft te beademen, is dat een flinke kostenbesparing.’

**Erwin Vijgen** constateert, om een ander voorbeeld te nemen, dat een hartpatiënt vaak jaren bij een cardioloog onder controle blijft. ‘Die patiënt komt alleen periodiek terug voor het meten van de bloeddruk terwijl dat geen toegevoegde



“Kijkend naar mogelijkheden, om de specialist in de huisartspraktijk te laten meewerken, denk ik vooral aan chronische zorg.”

Roel Goffin

 Roel Goffin

waarde heeft.’ Maak daarom afspraken, zegt hij, over cardiovasculair management. ‘De huisarts let op de risicofactoren en de specialist komt in beeld bij een hartaandoening. Omgekeerd kan de specialist in de huisartspraktijk een eenmalig consult afnemen ter ondersteuning van de huisarts. Dan hoeft je geen duur tweedelijns Diagnose Behandel Combinatie te openen. Kleine chirurgische ingrepen, zoals vetbulten en ingegroeide teennagels, zijn ook in de huisartspraktijk te behandelen.’

**Mariëlle Krekels**: ‘Als de huisarts in zijn eigen praktijk kan meekijken met de specialist die periodiek op bezoek komt, leert de huisarts daar weer van. De specialist heeft op zijn beurt door de samenwerking met de huisarts minder werk aan een patiënt en kan daarvoor een aangepaste vergoeding ontvangen.’

**Wiro Gruisen**: ‘Idealiter moet de huisarts zijn patiënt, ook na verwijzing naar de specialist, zo lang mogelijk blijven volgen en hem stimuleren tot ontzorging middels een gezondere leefstijl. Ervaringen van de gerenommeerde zorgcommunity Kaiser Permanente in Amerika laten zien dat de meeste zorg via zelfzorg is te organiseren, als je de patiënt hiervoor maar informatie en middelen, bijvoorbeeld ict, aanreikt.’

### Minder dure farmacie, meer therapietrouw.

Een van de eerste projecten die partijen in de Regioregie willen oppakken, heeft betrekking op farmacie, op het voorschrijven van geneesmiddelen. Uit vergelijkend onderzoek tussen regio’s in Nederland blijkt dat artsen in Zuid-Limburg niet alleen méér geneesmiddelen voorschrijven maar ook middelen die duurder zijn dan generieke equivalenten.

**Wiro Gruisen**: ‘In de Regioregie zal een werkgroep van huisartsen, cardiologen, internisten, ziekenhuisapothekers en openbare apothekers uitzoeken welke routines dit voorschrijfgedrag veroorzaken. We moeten dat gedrag ombuigen naar lagere kosten voor farmacie zonder in te boeten op de kwaliteit van de zorg. Sterker nog: door de therapietrouw te verbeteren, is hier veel kwaliteitswinst te behalen.’

**Erwin Vijgen**: ‘Er is verband tussen het hoge aantal mensen in deze regio met diabetes en hart- en vaatziekten en het hoge medicijngebruik. Dat medicijngebruik moet echt naar beneden. Ouderen kunnen slaapmiddelen verminderen



“Shared savings, ontstaan wanneer is voldaan aan doelen die we in de Regioregie stellen voor kwaliteit van zorg.”

Wiro Gruisen

Wiro Gruisen

wanneer je hen aanspoort tot meer zelfdiagnose. Daarnaast moeten we ten aanzien van het voorschrijfgedrag zoeken naar synchronisatie tussen ziekenhuis en huisartsen. Medisch specialisten schrijven vaak dure medicatie voor, die de patiënt meestal ook jaren blijft gebruiken. Door betere afstemming tussen specialist en de huisarts kan de patiënt overschakelen op goedkopere medicijnen, met toch hetzelfde positieve effect. Daarbij is gedragsverandering van en voorlichting aan patiënten nodig dat verandering of vermindering van medicatie de gezondheid niet hoeft te schaden.’

**Jo Maes:** ‘Het Huis voor de Zorg zal zorgvragers nog intensiever informeren over zin of onzin van medische interventies, preventie, risico’s van leefgedrag en medicijnverslaving. Als de Regioregie eenmaal loopt, zullen we de ervaringen van patiënten ook registreren. We voelen ons medeverantwoordelijk voor het tegengaan van overbehandeling, maar ook van onderbehandeling.’

### Shared savings inzetten voor innovaties

In de Regioregie worden afspraken gemaakt over een nieuw financieel instrument dat bijdraagt aan ombuiging van de ‘totale zorgkosten’. Minder behandelen en/of sterker sturen op zelfzorg en gezond leefgedrag bij de patiënt moet een prikkel veroorzaken voor besparingen (‘shared savings’). ‘Shared savings,’ zegt **Wiro Gruisen**, ‘ontstaan wanneer is voldaan aan doelen die we in de Regioregie stellen voor kwaliteit van zorg, gezondheidswinst voor de populatie en kostenbeheersing. De besparingen kunnen we aanwenden voor premieverlaging, nieuwe zorginnovaties in de regio, of bonusuitkeringen aan excellerende zorgverleners. Wanneer we uit zo’n regionale pot bijvoorbeeld een programma over gezonde voeding of valpreventie bij ouderen bekostigen, wordt het hogere doel van Regioregie gediend.’

‘Bij het belonen van gezondheidswinst,’ stelt **Roel Goffin** voor, ‘past ook het idee dat je iemand met een gezonde leefstijl, die zelden een arts bezoekt, minder premie in rekening brengt. Goed gedrag



Jo Maes

belonen werkt sowieso beter dan het bestraffen van slecht gedrag. Vooral voor mensen die een operatie achter de rug hebben en aantoonbaar gezonder gaan leven, moeten we nagaan of er experimenteeruimte is om zulk gedrag te belonen. Dat draagt ook weer bij aan ontzorging, aan het aanmoedigen van zelfmanagement, waarbij de dokter alleen in noodgevallen nodig is.’ ‘Wanneer in de Regioregie door de zorgverzekeraar duidelijk gesteld wordt dat kostenbesparingen altijd een relatie hebben met kwaliteitsverbetering en gezondheidswinst, zal dat artsen positief prikkelen. Want als artsen en andere professionals alleen maar horen dat ze teveel doen en te duur zijn, smooit dat energie.’

**Erwin Vijgen:** ‘Voor de kostenbeheersing is substitutie van vormen van ziekenhuiszorg naar de eerstelijns evident. Maar interessanter nog is de kostenvermindering door verschuiving van de eerstelijns naar de nulde lijn. We moeten het bewustzijn aanwakkeren dat mensen veel eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en genezingsproces hebben. Dan gaat het om verandering van leefstijl, gezonder eten, meer be-

wegen, therapieën afmaken. Dat kun je begeleiden met ict, zoals een internet-portal waar mensen in hun dossier hun gezondheidstoestand bijhouden.’

**Jo Maes:** ‘Er zijn nog geen parameters voor shared savings. Maar als ik een suggestie mag geven: zorgverzekeraars hebben op het farmaciedossier, dat alleen nog de generieke medicijnen vergoedt, enorm veel geld verdiend. Dat geld moet niet alleen terugvloeien naar de verzekerde in de vorm van een lagere premie, maar ook ingezet worden voor hulp aan mantelzorgers en ondersteuning van chronisch zieke mensen die zelfstandig willen wonen.’

‘Er is een groeiende behoefte aan nieuwe woon- en zorgarrangementen, waarbij ook mantelzorgers meer ontlast worden. CZ zou als medefinancier samen met zorgverleners, woningcorporaties, gemeenten en welzijnswerk zogeheten frontcoöperaties kunnen vormen voor woon-zorgvoorzieningen op buurtniveau. Vanuit de wijk worden diensten voor zorgafhankelijke mensen geleverd, zoals een boodschappendienst en schoonmaakservice.’



“De weg naar een regionale zorginfrastructuur, die niet verspilt en de beste zorg verleent, is lang maar beslist de moeite waard.”

Marielle Krekels

 Marielle Krekels

## Aandacht voor ketenzorg en wijkzorg

Erwin Vijgen pleit in de Regioregie voor extra aandacht voor de dementieketen met zorg voor kwetsbare ouderen. ‘Deze regio krijgt er steeds meer ouderen met dementie bij. Tegelijk willen we ook dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen. De langdurige zorg voor deze groep legt nu al een groot beslag op artsen en mantelzorgers. In de Westelijke Mijnstreek zijn nu twaalf verpleegkundigen actief in de ondersteuning van huisartsen bij dementie. In de Regioregie moeten we, als het om ontzorging gaat, een tandje bijzetten om de dementiegolf op te vangen, vanuit de wijk aangestuurd door de huisarts als regisseur en ondersteund door consultatiefuncties vanuit thuiszorg en ziekenhuis. Gemeenten kunnen zelfredzaamheid van ouderen bevorderen met het ondersteunen of het organiseren van sociaal-maatschappelijke activiteiten. Dat voorkomt eenzaamheid en vermindert het beroep op medicatie en psychische zorg.’

‘Ik zie gemeenten graag als partner in de Regioregie aansluiten,’ zegt Wiro Gruisen. ‘Zij krijgen steeds meer taken op het gebied van preventie, ondersteuning en welzijn. Ze zijn dan ook onmisbaar in een

geïntegreerde aanpak waarbij zoveel mogelijk ontzorgd wordt en zorg vanuit de buurt wordt aangeboden.’

‘Meer zorg in de buurt,’ aldus Jo Maes, ‘en integrale zorgverlening moeten ook leiden tot minder bureaucraties van de zorg. Er zijn veel hinderlijke regels die de zorg niet beter maken maar eerder vertragen en klantvriendelijk maken. Het opruimen van regelgeving die schotten tussen de zorgdomeinen in stand houdt moet in de Regioregie aan de orde komen.’

‘Ontzorging betekent voor mij niet dat je professionele zorg afbouwt. Ik hoor vaak dat de patiënt de afgelopen twintig jaar is gepamperd en nu maar rechten moet inleveren. Het zijn echter niet de patiënten maar de zorgsector en zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor de kostenontsporing in het huidige systeem. Regioregie biedt nu de kans om de solidariteit tussen chronisch zieken en andere verzekerden te versterken en betaalbare zorg te leveren zonder louter overwegingen van concurrentie.’

‘De weg naar een regionale zorginfrastructuur,’ besluit Mariëlle Krekels, ‘die niet verspilt en de beste zorg verleent waar dit noodzakelijk is, is lang maar beslist de moeite waard.’