

Regioregie

Betere
en betaalbare zorg door
samenwerking
in uw regio





Regioregie

Betere en betaalbare zorg door samenwerking in uw regio





Inhoudsopgave

Voorwoord	4
De weg kwijt	5
Het kan anders	9
De stip aan de horizon	13
De opzet van Regioregie	15
Een strakke, resultaatgestuurde organisatie	17
Bijpassende bekostiging	20
Stapsgewijs beginnen en selecteren op resultaat	22
Pilots	24
Waar staan we in 2014?	27



In 2010 kwam CZ met de selectieve inkoop voor borstkankerzorg. Eindelijk mocht benoemd worden wat we allang wisten: er zijn kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders. Sindsdien is het thema kwaliteit niet meer weg te denken binnen de Nederlandse zorg. Sinds de afgelopen verkiezingscampagne staat nu ook wat anders op de kaart: de exploderende zorgkosten. Je hoeft geen raketgeleerde te zijn om te snappen dat de zorgkosten niet structureel harder kunnen groeien dan het bruto nationaal product! Dan komt de solidariteit binnen de zorg onvermijdelijk in het gedrang. Een ongemakkelijke waarheid, waarvoor we ons als CZ verantwoordelijk voelen. Immers, als private organisatie met een publieke taak willen we zowel het belang van de verzekerden als dat van de maatschappij dienen.

En die verantwoordelijkheid pakken we (ook nu weer) met 'Regioregie'. We proberen om binnen de zorg samenwerking tot stand te brengen. Zodat de verzekerde alleen de zorg krijgt die hij nodig heeft. Niet te veel en niet te weinig. Puur door marktwerking komt dit niet tot stand, maar alleen door vrijwillige samenwerking ook niet! Dus zoeken we als CZ de niet vrijblijvende samenwerking met de aanbieders en gemeenten om zo de zorg te verbeteren, de kosten te beheersen en dus de solidariteit in stand te houden. Regioregie is in feite 'marksamenwerking'. CZ zet zo weer een stap verder in de zoektocht om vanuit onze inkooprol onze publieke taak waar te maken. Spannend!

We realiseren ons echter goed dat we pas aan de start staan van een langdurig en complex proces. Hoewel we allen hetzelfde doel voor ogen hebben, zullen soms belangen niet helemaal gelijk opgaan. Het zal hier en daar schuren en het gaat niet zonder pijn. Maar het mooie is dat we gezamenlijk als CZ, gemeenten, verzekerden en zorgaanbieders onze visie vorm kunnen geven. Daar gaan we voor en daar zet ook ik me graag voor in.

Wim van der Meeren
Voorzitter Raad van Bestuur CZ



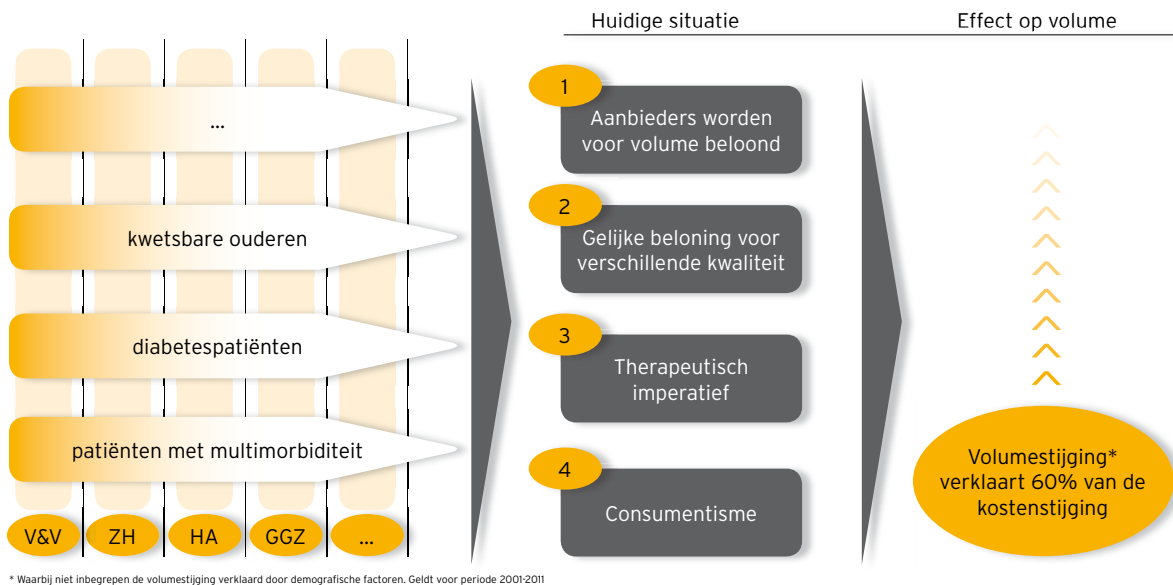


De weg kwijt

Het is de taak van de gezondheidszorg om zieke mensen beter te maken. Dit moet kosteneffectief gebeuren en de kwaliteit moet inzichtelijk zijn. Hoewel we er nog lang niet zijn, komt de kwaliteit de laatste jaren steeds beter in beeld. Dit gebeurt deels omdat de professionals in de zorg meer kwaliteitsrichtlijnen voor hun eigen werk ontwikkelen en gebruiken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hier ook streng op toe. Het gebeurt ook deels omdat de zorgverzekeraars in het proces van zorginkoop strengere eisen stellen aan de kwaliteit van zorg. Het proces van selectief inkopen door CZ van borstkankerzorg en later van andere aandoeningen is hiervan een voorbeeld. Maar wat zeker ook meespeelt is dat de patiënt kritischer is geworden en zorgvuldiger onderzoekt waar hij een behandeling het best kan ondergaan.

De kostenontwikkeling in de zorg blijkt echter moeilijk in de hand te houden. Dit komt voor een deel doordat het zorgaanbod steeds beter wordt. Mensen die tien jaar geleden nog dood gingen aan ernstige ziekten, blijven dankzij verbeterde behandelmethoden in leven. Soms met volledige genezing maar vaker als chronische patiënt. Ook de vergrijzing speelt een rol. We leven steeds langer maar het aantal gezonde levensjaren houdt geen gelijke tred met deze ontwikkeling. Oudere mensen ontwikkelen vaak meerdere ziektebeelden. Dit maakt effectieve behandeling complex.

Andere factoren hebben niet te maken met verbeterde behandeltechnieken of toegenomen levensverwachting. De zorg wordt bijvoorbeeld ook steeds duurder omdat we er steeds meer gebruik van willen maken. We accepteren geen onzekerheid meer en willen dus nóg een scan of een onderzoek om uit te sluiten dat iets over het hoofd wordt gezien. En we kunnen onszelf met een 'medische APK' volledig laten doorlichten, op zoek naar verborgen ziektebeelden. Het is een zeer reëel gevaar dat hierdoor de grens van noodzakelijke zorg wordt overschreden en 'consumentisme' de overhand krijgt. Waar vraag is, ontstaat vanzelf aanbod. De medische wetenschap begint schoorvoetend kritisch te kijken naar de vraag tot welk punt doorbehandelen zinvol is als het levenseinde van de patiënt nadert. Maar daar staat tegenover dat de laatste jaren heel veel nieuw zorgaanbod is ontwikkeld, gericht op alle fasen van het leven, zonder dat altijd even kritisch is gekeken naar de vraag of dit aanbod echt meerwaarde heeft. Het financieringsmodel voor de zorg biedt geen enkele rem voor deze ontwikkeling. In tegendeel, niet doelmatigheid wordt beloond, maar productie. En samenhang in het aanbod ontbreekt op veel plaatsen. De patiënt voelt zich soms verloren in het versnipperde aanbod dat is ontstaan.



* Waarbij niet inbegrepen de volumestijging verklaard door demografische factoren. Geldt voor periode 2001-2011

De kostenstijging in de zorg wordt voor 60% verklaard door een stijging van volume. Een viertal factoren stimuleert deze volumestijging. (*CPB Policy Brief 2011/11)

Dit was niet de manier waarop de stelselherziening in de gezondheidszorg van 1 januari 2006 bedoeld was. Die had een helder doel: de kwaliteit van het zorgaanbod verbeteren, de zorg beter op elkaar afstemmen en de kosten beteugelen. Met de komst van het nieuwe stelsel moest een gelijkwaardige driehoek ontstaan waarin zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten gezamenlijk het veld zouden invullen. De patiënt moest ervan verzekerd zijn altijd de juiste zorg te ontvangen, op het juiste moment en op de juiste plaats. Bij voorkeur zo dicht mogelijk bij huis als de situatie dit toelaat en alleen op afstand als de complexiteit van de zorgvraag dit noodzakelijk maakt.

We kunnen niet zeggen dat op dit gebied niets is bereikt. In de ziekenhuissector begint het proces van spreiding en concentratie van medisch-specialistische functies vorm te krijgen. In de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn de leefomstandigheden van de bewoners aanzienlijk verbeterd nu nieuw aanbod wordt ontwikkeld dat uitgaat van kleinschaligheid en menswaardigheid. Het beleid in de ouderenzorg is er bovendien steeds meer op gericht mensen - met zorg en ondersteuning - zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten wonen. In de GGZ is de nadruk komen te liggen op ambulantisering. Consumenten krijgen steeds beter inzicht in de geleverde kwaliteit van aanbieders, waardoor ze gerichter kiezen. En voor chronisch zieken wordt een aanbod van ketenzorg ontwikkeld dat erop gericht is aan te sluiten op de zorgbehoefte die de patiënt in de uiteenlopende fasen van het ziektebeloop heeft.

Toch is er onvoldoende reden om tevreden te zijn over de ontwikkelingen in de zorg. De versnippering van het zorgaanbod is nog steeds enorm groot. De patiënt heeft onvoldoende zicht waar hij het best terecht kan met zijn vraag. De gemiddelde kwaliteit in Nederland is goed, maar het verschil in kwaliteit is tussen individuele zorgprofessionals, tussen zorgaanbieders en tussen de verschillende zorgregio's in ons land is groot. Preventie en zelfmanagement van de patiënt krijgen nog nauwelijks aandacht in de beleidsontwikkeling. In plaats van ruimte te bieden voor concrete oplossingen, blijft de overheid de nadruk leggen op bezuinigingen. Alle partijen in de zorg moeten de broekriem aanhalen, zodat nauwelijks ruimte overblijft voor innovatie die het zorgaanbod daadwerkelijk zou kunnen verbeteren. Bovendien lopen initiatieven vaak stuk op de schotten die in de wetgeving bestaan tussen de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De rekening voor de zorg wordt ook bij de patiënt neergelegd. Het eigen risico gaat omhoog van 220 naar 350 euro. De vergoeding van dure behandelingen komt steeds meer ter discussie te staan.

Deze nadruk op kosten en bezuinigingen verstikt vernieuwing en leidt alleen maar tot verschraling van het zorgaanbod. Het is niet de weg naar een toekomstbestendige gezondheidszorg die patiënten verder helpt en die werknemers een aantrekkelijk carrièreperspectief biedt. CZ vindt dat het anders kan.

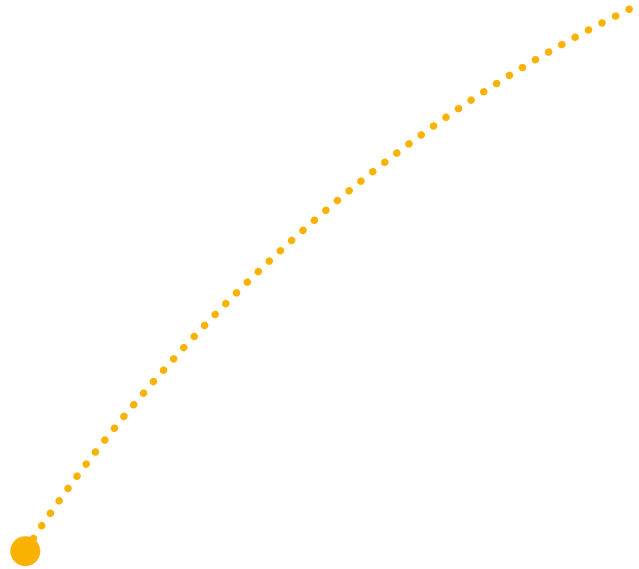
Kort samengevat:

- Sinds de stelselherziening in de zorg van 2006 zijn flinke stappen gezet om de zorg te verbeteren. Zo krijgen we steeds meer inzicht in de kwaliteit van zorg.
- We slagen er echter niet in de kosten in de hand te houden.
- Innovatie in de zorg wordt gehinderd door de schotten in de wetgeving.
- De kwaliteitsverschillen in het zorgaanbod zijn nog steeds groot.
- De roep om zorg leidt tot steeds meer nieuw aanbod, waarvan de meerwaarde niet altijd helder is.
- De patiënt voelt zich soms verloren in het gefragmenteerde zorgaanbod dat hiervan het gevolg is.
- Het gevolg is een vicieuze cirkel van oplopende zorgkosten.
- CZ vindt dat het anders kan.

Jan Frans Mutsaerts, huisarts en directeur van zorggroep Het Huisartsteam:

“Belangrijk is dat de zorgverzekeraar Regioregie drie tot vijf jaar de kans geeft.”





Cees Liefding, Wethouder Terneuzen:

“Wij worden als Zuidwestelijkste deel van Nederland begrensd door de Westerschelde, de Noordzee en Vlaanderen: een landje apart, Zeeuws Vlaanderen. In veel wat we doen is de noodzaak tot samenwerking vanwege die begrenzing en vanwege de kleine omvang van onze bevolking. We hebben vaak last van de grote bewegingen die het management denken in grote landelijke organisaties en instellingen tot stand brengen. Er ontstaat verwijdering, afstand en dat niet alleen in kilometers. We willen gaan voor de kleine schaal, de nabije oplossing, de gezamenlijke gevoelde en gedeelde verantwoordelijkheid. Dit voor èn door onze bevolking. Als een grote speler als CZ zich wil verbinden aan deze mindset, kun je de zaken die je heel nabij wilt houden ook dichtbij aanpakken en aansturen. Dat levert winst op: gezondheidswinst en besparingen in de zorgkosten. Net als de gezondheidszorg van ons allen moet zijn, is de zorg voor ieders gezondheid van ons allen.”



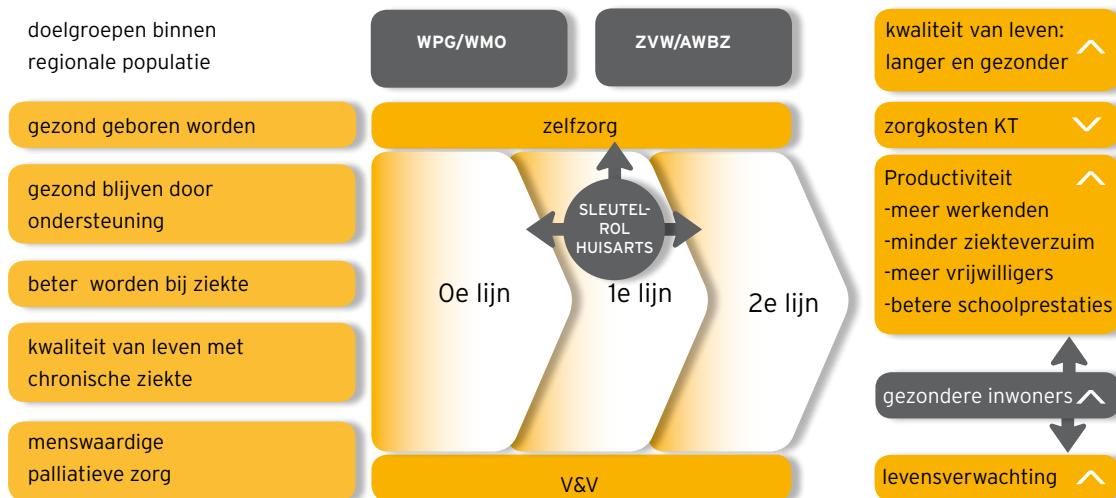
Het kan anders

CZ neemt het voortouw met Regioregie

De tijd is rijp voor vernieuwing die de zorg écht beter maakt. Beter voor de patiënt, beter voor de zorgprofessionals en beter voor beheersing van de kosten in de zorg. De nieuwe weg hier naartoe heet Regioregie en koppelt kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing aan elkaar. Daarnaast willen we met Regioregie een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid die mensen hebben. In Regioregie vormt de regionale populatie het uitgangspunt. Het wil de schotten in de zorg overschrijden om het mogelijk te maken met de professionals in de zorg een gezamenlijke visie op deze populatiegerichte aanpak te ontwikkelen en uit te werken. Een scherpe focus hierbij is essentieel. Het heeft weinig zin om in het kader van Regioregie samenwerkingsverbanden te gaan ontwikkelen voor staaroperaties of vaccinaties. Het gaat om de aandachtsgebieden binnen zorg en welzijn waarin door de financiering en wet- en regelgeving sprake is van verschillende schotten. En waar samenwerking over die schotten heen meerwaarde kan hebben voor alle betrokken partijen en voor de samenleving als geheel.

De kern van Regioregie is dat deze zich richt op het bevorderen én het belonen van gezondheidswinst en zorgresultaten. Het beperkt zich niet alleen tot het zorgdomein van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, maar legt ook de verbinding met het domein van de gezondheid van burgers en gemeenten die onder de Wmo en de WPG valt. Regioregie wil op regionaal niveau ruimte bieden aan zorgprofessionals, patiëntenorganisaties, gemeenten en werkgevers die willen samenwerken om de zorg op een andere manier te organiseren. In plaats van hen te prikkelen om meer te produceren - zoals het stelsel nu functioneert - wil Regioregie hen prikkelen om gezamenlijk patiënten gezonder te maken en gezonder te houden. Prikkelen dus om een resultaat te behalen dat belangrijk is voor de patiënt én de gezonde burger. Dit leidt tot shared savings: de besparingen die met deze programmatische aanpak worden gerealiseerd, worden verdeeld onder de deelnemende zorgprofessionals én de verzekerden en worden ingezet om de zorg verder te verbeteren.

Kernbegrippen bij Regioregie zijn: ontzorgen, ontschotten en helpen bij zelfzorg. Hiervoor wil Regioregie een gestructureerde aanpak bieden door binnen de bevolking van een regio doelgroepen te formuleren die baat hebben bij een gestructureerde, gezamenlijke aanpak van deze partijen. Denk bijvoorbeeld aan geboortezorg, kwetsbare jongeren en ouderen, patiënten met multimorbiditeit en palliatieve zorg.



Een geïntegreerde aanpak voor een regionale populatie leidt tot gezondheidswinst, betere uitkomsten van zorg en lagere kosten

Hierbij doet Regioregie ook een beroep op de bewoners van de regio, om op basis van zelfredzaamheid en hulp vanuit de directe omgeving hun eigen gezondheid en hun ziekte zoveel mogelijk zelf te managen. Mensen kunnen hierdoor langer in hun vertrouwde omgeving blijven wonen en hoeven minder een beroep te doen op de zorg.

Waarom neemt CZ het voortouw in deze aanpak? In de eerste plaats omdat het zijn maatschappelijke rol op het gebied van kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing in de zorg actief wil oppakken. Het is de bedoeling dat de zorgverzekeraars zich opstellen als de regisseurs van de zorg en dit wil CZ dan ook doen. Nadrukkelijk niet om van bovenaf op te leggen hoe de zorgprofessionals en patiënten zich moeten gedragen, maar om de weg te wijzen naar een aanbod dat in het voordeel van beide partijen is én helpt om de kosten van zorg in de hand te houden. Hiermee maakt CZ zijn eigen rol zichtbaar voor deze partijen en versterkt het dus zijn klantwaarde. Regioregie geeft hiermee ook verder invulling aan 'Alles voor betere zorg', het motto dat CZ eerder inspireerde om als eerste zorgverzekeraar zorg voor complexe aandoeningen selectief in te kopen en kwaliteitsverschillen inzichtelijk te maken.

Kort samengevat:

- Regioregie biedt een oplossing om uit de impasse te komen.
- De nadruk ligt op het bevorderen en belonen van gezondheidswinst en zorgresultaten.
- Regioregie prikkelt zorgprofessionals om patiënten gezonder te maken en te houden.
- Regioregie doet ook een beroep op de zelfredzaamheid van mensen.
- CZ neemt samen met de partners in de regio het voortouw in deze vernieuwende aanpak, wat goed past bij het motto 'Alles voor betere zorg'.

Ronald de Meij, directeur GGD Zeeland:

“De GGD Zeeland is een publieke organisatie die werkt in dienst van alle Zeeuwen aan een gezond en veilig bestaan en sluitende zorg. We maken ons op basis van recent onderzoek grote zorgen over de ontwikkelingen in Zeeuws Vlaanderen: een groeiende vraag naar zorg, een vergrijzende bevolking, krimpende middelen, verkokerde en verkavelde zorg, een fragiele zorginfrastructuur en over een paar jaar al veel te weinig handjes. Het tij moet worden gekeerd, het roer moet om, we zitten op een doodlopende weg. Daarom zijn we heel enthousiast over de regionale aanpak in Zeeuws Vlaanderen waarin we gezamenlijk werken aan een stelsel dat klaar is voor de toekomst en zorgen we samen voor een gezond en veilig bestaan voor de burgers van Zeeuws Vlaanderen.”

Jo Maes, directeur patiëntenorganisatie
Huis voor de Zorg:

“Regioregie biedt CZ als coöperatieve ziektekostenverzekeraar ongekend nieuwe mogelijkheden om zijn relatie met zijn leden in wijken te versterken. Leden worden in staat gesteld voortdurend wezenlijke invloed uit te oefenen op de verbetering van de kwaliteit van geleverde zorg via bijvoorbeeld monitoring en doelgroeppanels. Zelfsturing en eigen verantwoordelijkheid kan krachtig gestimuleerd worden. Doelgerichte aanvullende verzekeringen kunnen ontstaan van en voor CZ verzekerden die op de wijk en buurt zijn toegesneden in frontcoöperaties van CZ leden.”

triple aim:
betere gezondheid en zorg tegen lagere kosten
Impact



Quick wins effenen de weg voor een lange termijn aanpak gericht op de 'stip aan de horizon'

De stip aan de horizon

Elke beweging begint met de eerste stap. Maar er moet wel een stip aan de horizon zijn die laat zien waar de reis naartoe gaat. Een omvangrijk traject als de inrichting van Regioregie komt niet in korte tijd tot stand. Dit vraagt om een gestructureerde aanpak van alle partijen. En het vraagt om het besef dat CZ slechts de aanjager is. Veldpartijen én de patiënten moeten aan de slag met de voorstellen die gezamenlijk met CZ worden ontwikkeld. Ook de gemeenten en de overheid zullen in het kader van Regioregie hun eigen reis moeten maken om de stip aan de horizon te bereiken.

En die stip is er natuurlijk wel. De reis ernaartoe gaat naar verwachting vijf tot tien jaar duren. De reis is geslaagd als de voorgenomen doelen zijn behaald. Deze doelen zijn drieledig en hebben betrekking op: gezondheidswinst, zorguitkomsten en betaalbaarheid van de zorg

Betaalbaarheid is een belangrijk thema in de zorg. We stipten in het vorige hoofdstuk al aan dat de kostenontwikkeling in de zorg moeilijk in de hand te houden is en welke redenen hieraan ten grondslag liggen. Als we er niet in slagen de betaalbaarheid van de zorg te borgen, dan komt de solidariteit onder druk te staan. Dit mogen we niet laten gebeuren. Een belangrijke doelstelling van Regioregie is dan ook de kostengroei in de zorg om te buigen.

Dit streven van betaalbaarheid mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. Integendeel, de gezondheid en de zorgresultaten van de bij Regioregie betrokken doelgroepen moeten juist beter worden. De gestructureerde aanpak en de vergrote aandacht voor zelfmanagement van verzekerden moeten hiervoor zorgen.

Kort samengevat:

- Regioregie vraagt om een gestructureerde aanpak van alle partijen.
- Voor het volledige traject van Regioregie trekken we vijf tot tien jaar uit.
- Het traject is geslaagd als het beantwoordt aan de gestelde doelen van gezondheidswinst, zorguitkomsten en betaalbaarheid.

The Triple Aim: Care, Health, And Cost

The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political.

by Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan, and John Whittington

ABSTRACT: Improving the U.S. health care system requires simultaneous pursuit of three aims: improving the experience of care, improving the health of populations, and reducing per capita costs of health care. Preconditions for this include the enrollment of an identified population, a commitment to universality for its members, and the existence of an organization (an "integrator") that accepts responsibility for all three aims for that population. The integrator's role includes at least five components: partnership with individuals and families, redesign of primary care, population health management, financial management, and macro system integration. [*Health Affairs* 27, no. 3 (2008): 759–769; 10.1377/hlthaff.27.3.759]

The triple aim als inspiratiebron voor Regioregie: betere gezondheid en uitkomsten van zorg tegen lagere kosten

Roger Ruijters, raad van bestuur MeanderGroep Zuid-Limburg.

“Door de versnippering in financiering, zorgproducten, indicaties en aanbieders begrijpt de burger in een kwetsbare positie er niets meer van. De wens en noodzaak om óók mensen met een zelfzorg- en participatieprobleem de regie over hun eigen leven te laten houden, wordt hierdoor ondermijnd. Bovendien leidt versnippering tot verspilling en dreigt de kwetsbare burger tussen wal en schip te geraten. Wijkgericht maatwerk, geleverd door een maatschappelijke coalitie op het brede domein van wonen, welzijn en zorg, leidt tot de noodzakelijke synergie, efficiency en samenwerking. Regioregie door gemeentes en verzekeraars vervult hierbij een belangrijke faciliterende en, zo nodig, registrerende rol, met de juiste financiële prikkels en gebaseerd op verdiend vertrouwen in professionals en organisaties.”



De opzet van Regioregie

De stip aan de horizon is een nieuwe ster. Regioregie bestaat nog niet, we gaan onbekende grond verkennen. Gelukkig zijn er op deelgebieden wel al goede voorbeelden. Een terecht veel genoemd voorbeeld van hoe zorg goed kan worden vormgegeven is Kaiser Permanente. Dit managed care consortium is al in 1945 in Californië (VS) tot stand gekomen en is inmiddels actief in negen staten van de VS. Het is daarmee inmiddels de grootste managed care organisatie in de wereld en hét voorbeeld van hoe geïntegreerde zorg op een succesvolle manier tot stand kan worden gebracht. Een tweede inspirerend voorbeeld is het eveneens Amerikaanse IHI Triple Aim. Zoals de naam al aangeeft, streeft dit initiatief van The Institute for Healthcare Improvement drie met elkaar verweven doelen na via een geïntegreerde aanpak: de patiëntervaring van de zorg verbeteren, de gezondheidstoestand van de populatie op een hoger plan brengen en de uitgaven aan gezondheidszorg beperken.

Precies wat Regioregie ook wil bewerkstelligen. Maar daarbij komt natuurlijk wél het een en ander kijken. De patiëntenorganisaties spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling ervan. Bij de opzet van Regioregie is daarom op landelijk niveau de NPCF betrokken. Op lokaal niveau zijn dit de regionale Zorgbelang organisaties. Dat is ook logisch, want de legitimiteit van CZ als zorgverzekeraar is in belangrijke mate afhankelijk van de stem van haar verzekerden. Het is dan ook nadrukkelijk de bedoeling hen vanaf de beginfase te laten meepraten over de behoeften van de patiënt als partner in de zorg. Denk hierbij aan het belang van gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt (ook wel shared decision making genoemd). Maar ook over de manier waarop het toekomstige zorglandschap hierop het best kan aansluiten. Verzekerden kunnen bijvoorbeeld participeren in een stuurgroep, een rol spelen in behoefteonderzoek of zitting nemen in het bestuur van een regio-organisatie. Daarnaast zijn de patiëntenorganisaties onmisbaar bij de omslag die ook aan de vraagkant nodig is om Regioregie tot een succes te maken. Samen met de andere partners zullen zij alle burgers ervan bewust moeten maken dat duurzame zorg alleen mogelijk is door een gezonde leefstijl en zinnig en zuinig zorggedrag.

Ook de gemeenten spelen een rol in de vormgeving van Regioregie, vooral op de terreinen gezondheid en welzijn voor hun ingezetenen. Hoewel gezondheid, ziekte en welzijn in financieel opzicht door schotten van elkaar gescheiden zijn (Zorgverzekeringswet, AWBZ, Wmo, WPG) zouden ze vanuit het perspectief van de burger én van Regioregie juist een continuüm moeten vormen. Gemeenten en zorgverzekeraars zullen dus samen moeten optrekken om van Regioregie een succes te maken door op het gebied van de financiën nieuwe wegen met elkaar te zoeken. Maar ook los van de

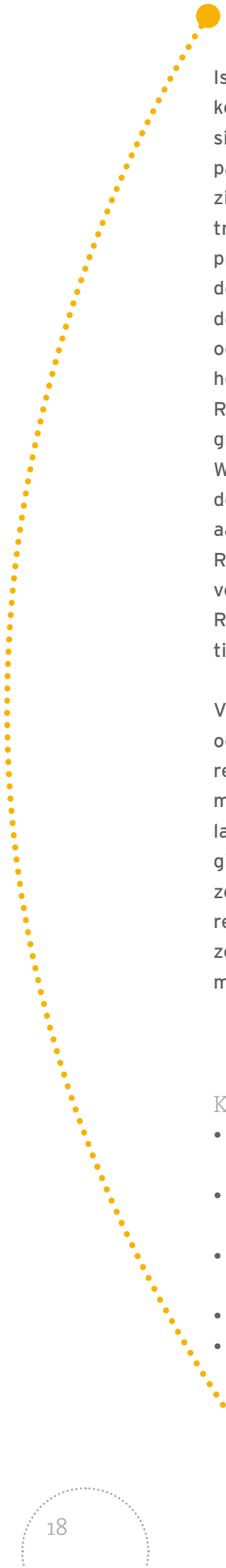
financiën kunnen de gemeenten en zorgverzekeraars veel aan elkaar hebben. Voor de meer kwetsbare groepen in de samenleving zijn ze sterk van elkaar afhankelijk, dus is het constructief als zij hierop samen beleid ontwikkelen. Ook op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie hebben ze een gedeeld belang. Gezond gedrag en preventie stimuleren betekent dat mensen pas later of helemaal niet in zorg komen. Regioregie betekent dus voor de gemeenten ook dat zij hun ingezetenen aanzetten tot actieve participatie op het gebied van gezond gedrag en preventie. Maar afhankelijk van de energie die de zorgprofessionals in Regioregie steken kan de rol van de gemeenten natuurlijk per regio verschillen.

Kort samengevat:

- Hoewel goede internationale voorbeelden bestaan, is Regioregie voor Nederland onontgonnen terrein.
- Het gaat erom de gezondheidstoestand van de populatie te verbeteren en de uitgaven aan gezondheidszorg te beperken.
- Dit proces vergt betrokkenheid van alle partijen in de zorg én patiëntenverenigingen én gemeenten.

Wilna Wind, directeur Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF):

“Hier zijn wij heel positief over. Ik ben er stellig van overtuigd dat we binnen het huidige stelsel een integrale samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn en over de schotten heen moeten bewerkstelligen.”



Is Regioregie dan feitelijk hetzelfde als ketenzorg? Nee. Regioregie gaat verder waar ketenzorg ophoudt. Bij ketenzorg gaat het om afstemming van zorg tussen zorgprofessionals, zodat deze zorg zo goed mogelijk aansluit op de behoefte van de individuele patiënt of cliënt. Bekende voorbeelden van ketenzorg die zorgverzekeraars inkopen zijn de keten-DBC's voor diabetes, COPD en vasculair risicomanagement. Deze keten-trajecten zijn vaak niet helemaal integraal: ze omvatten niet het hele proces van preventie tot en met nazorg. Het beperkt zich vaak tot de zorg in de eerste lijn, met de huisarts als ketenregisseur. Een belangrijke voorzet, maar Regioregie wil de keten doortrekken naar het hele proces. Hierin speelt ook het ziekenhuis een rol, maar zeker ook het medicatiegebruik, preventie en het zelfmanagement van de patiënt. Dit maakt het mogelijk de zorguitkomsten te meten en hierop gericht te sturen. Bovendien is Regioregie meer dan alleen de zorgprofessionals rond individuele ziektebeelden integraal organiseren. Bij Regioregie is de hele populatie onderdeel van het programma. We kijken dus ook naar hoe we de zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen het best kunnen organiseren, hoe we de acute zorg geïntegreerd kunnen aanbieden en hoe we burgers kunnen aanzetten tot gezond leefgedrag en preventie. Regioregie richt zich dus proactief op kwetsbare groepen, die zonder gericht ingrijpen vervallen in kostbare maatschappelijke- en zorgvoorzieningen. Ook de bekostiging van Regioregie zal uiteindelijk anders zijn dan bij ketenzorg: niet alleen gericht op productie, maar ook op het resultaat van zorg.

Voor de interne organisatie van de zorgverzekeraar blijft Regioregie vanzelfsprekend ook niet zonder gevolgen. Die organisatie moet kantelen naar een geïntegreerde en regionale insteek bij zorginkoop. En de zorgverzekeraar speelt een actieve overlegrol met het ministerie van VWS, de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Nederlandse Zorgautoriteit om nieuwe mogelijkheden te creëren op het gebied van bekostiging en samenwerking. Tot slot vraagt Regioregie om samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling. Afhankelijk van het marktaandeel van een zorgverzekeraar in een regio waar een project start, kan één zorgverzekeraar het voortouw nemen of kunnen zorgverzekeraars juist met elkaar samenwerken. CZ en VGZ werken bijvoorbeeld op dit moment al samen in het regiotraject in Zuidoost Brabant.

Kort samengevat:

- Regioregie is een vorm van co-makship. Het wordt niet van bovenaf door CZ opgelegd.
- Het is een resultaatgerichte organisatievorm die voortborduurt op de principes van ketenzorg.
- Regioregie trekt de keten door naar het hele proces en zet niet de ziekte maar de mens centraal.
- De zorgverzekeraar stelt zich hierbij op als gesprekspartner voor VWS, NMa en NZa.
- Bij Regioregie hoort ook optimale regionale zorginkoop.

**Hans de Goeij, oud Directeur-generaal van de Volksgezondheid VWS,
Kwartiermaker Regioplan GoedLeven.NL Zeeuws Vlaanderen**

“Kan men zich in een regio tegen bevolkingskrimp verzekeren? Nee, dat lijkt me van niet. Kan men zich verzekeren van zorg in een krimpend gebied? Ja, maar dat is dus meer dan premie betalen, innnen en inkopen in een volledige open markt. Verzekeren is rekenschap geven over de context waarin je dat doet en verantwoordelijkheid nemen in het huidige tijdsgewricht. En als het niet meezit in het leven op het terrein van gezondheid en validiteit dan is daar de nodige ondersteuning en zorg beschikbaar. Dat vraagt samenwerking van alle partijen in de regio samen met de zorgverzekeraar. Co-creatie en co-makership zijn nieuwe adagia. Zij vragen van alle partijen, dus ook van de zorgverzekeraar om ‘omdenken’, met nieuwe eisen en benaderingswijzen. Vaak anders dan we de laatste 20 jaar gewend zijn. Nieuwe tijd, nieuwe eisen, nieuwe competenties. Omdenken dus.”



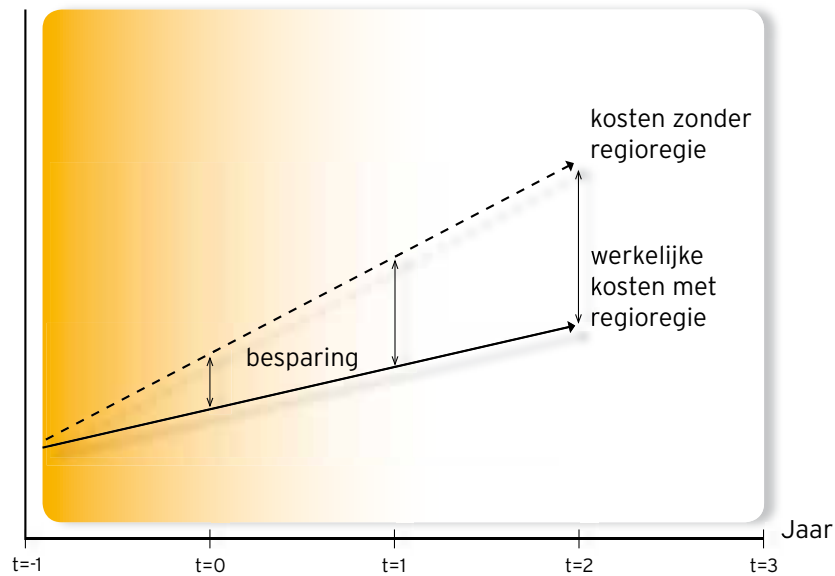


Bijpassende bekostiging

Regioregie is pas een succes als de patiënt of cliënt er beter van wordt en als de zorgprofessionals de meerwaarde ervaren van de nieuwe manier van werken. Voor de patiënt of cliënt is het essentieel dat hij Regioregie gaat zien als een actieve bijdrage aan zijn persoonlijke gezondheid, en als een ontwikkeling die ook op het gebied van preventie en leefstijl het verschil maakt. Voor de zorgprofessionals is belangrijk dat zij elkaar als partners zien die elkaar sterker maken. De basis hiervoor zijn de gezamenlijk opgestelde gezondheids- en kwaliteitsdoelen voor de populatie. CZ wil de realisatie van deze doelen stimuleren met een innovatief bekostigingsmodel. De huidige prikkels in de bekostiging zijn uitsluitend gericht op meer productie. Dit heeft voor de patiënt of cliënt geen meerwaarde en plaatst de zorgprofessionals alleen maar tegenover elkaar in plaats van dat het hen uitnodigt om samen de zorg sterker te maken. Regioregie wil werken op basis van een shared savings systeem. We willen hierbij stap voor stap toewerken naar een systeem waarbij we in beeld brengen hoeveel kosten alle zorgprofessionals samen maken voor de verzekerden van CZ en hoe die kosten zich zonder verandering van beleid zouden ontwikkelen. Vervolgens richten we een programma met projecten in die de zorg beter maken en er tegelijkertijd voor zorgen dat de kosten zich minder hard ontwikkelen dan zonder verandering zou gebeuren. De besparingen die we realiseren door de regionale uitvoering van het programma vormen de shared savings: we verdelen die onder de zorgprofessionals, de lokale bevolking en de zorgverzekeraar(s) om de zorg in de regio verder te verbeteren.

Het uitkeren van shared savings is wel afhankelijk van het behalen van de doelen die we hebben gesteld aan de gezondheidswinst en de uitkomsten van de zorg. Shared savings kan dus worden gezien als een daadwerkelijke resultaatbekostiging. Dit model vraagt erom dat we als betrokken partijen gezamenlijk die doelen bepalen en monitoren en dat we naar bevind van zaken bijsturen als dat nodig is. Regioregie is dus vooral innovatie op het gebied van implementatie. We weten al geruime tijd wat beter kan: de samenwerking tussen de zorgprofessionals, het zelfmanagement door de patiënt of cliënt, het aanbod op het gebied van eHealth, et cetera. Zaak is nu de daadwerkelijke gedragsverandering bij alle betrokken partijen te bewerkstelligen die ervoor zorgt dat het ook echt gebeurt. Dat dit voor deze partijen onontgonnen terrein is, benadrukten we al eerder. Het is echter ook nog grotendeels onbekend terrein voor de overheid. Gelukkig heeft het ministerie van VWS een positieve grondhouding ten opzichte van regionalisering. Het spreekt in dit kader van een populatiegebonden aanpak en zal ook proeftuinen gaan ondersteunen. Dit brengt nog niet vanzelfsprekend geld of regelvrij-

Shared savings



Besparingen bij tenminste gelijkblijvende kwaliteit worden gedeeld

heid met zich mee. Het is dus aan de bij Regioregie betrokken partijen om te bewijzen dat deze nieuwe manier van werken voldoende meerwaarde heeft om de weg vrij te maken voor verandering van wet- en regelgeving die nodig is om het tot een doorslaand succes te maken. Op veel fronten zal dit betekenen dat 'marktsamenwerking' een belangrijker rol gaat spelen dan 'marktwerking'.

Regioregie is in veel opzichten een groeimodel. Dit geldt ook voor het shared savings model als onderdeel van Regioregie. Om ervaring op te doen met uitkomstenbepaling, wil CZ in de eerste fase 'savings' op interventieniveau vaststellen en uitkeren. Tegelijkertijd kan een start worden gemaakt met het schaduwdraaien van het shared savings systeem op populatieniveau. Hierdoor ontstaat het benodigde inzicht in de technische uitdagingen en de implicaties van een dergelijk systeem.

Kort samengevat:

- Regioregie vraagt om een bekostigingsmodel waarvan alle partijen beter worden.
- De Shared savings aanpak garandeert dat de behaalde opbrengsten worden verdeeld onder alle betrokken partijen om de zorg in de regio verder te verbeteren.
- Het ministerie van VWS staat positief tegenover regionalisering. Als we aantonen dat die meerwaarde heeft, ligt de weg naar verandering van wet- en regelgeving dus open.

Johan Polder, gezondheidseconoom en hoogleraar
(Universiteit van Tilburg en RIVM):

“De scheidslijn tussen zorg en gezondheid is nu te groot. Het gaat zowel om ontzorgen als ontmedicaliseren. De regio is per definitie het niveau om beide debatten op elkaar aan te laten sluiten. Mobiliseer hierbij de grootste groep: de premiebetalers.”



Stapsgewijs beginnen en selecteren op resultaat

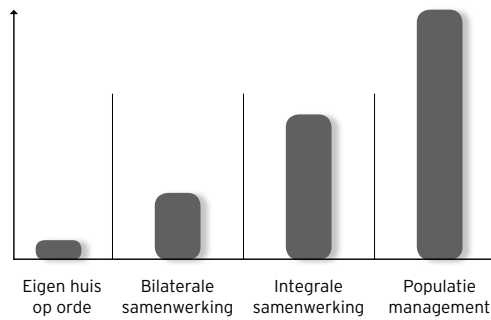
Regioregie is een zoektocht naar zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, gemeenten en mogelijk ook werkgevers die de zorg anders willen organiseren. Zij hebben allemaal te maken met dezelfde populatie binnen een regio: de CZ-verzekerden die ingeschreven staan bij de huisartsen in zo'n regio. Niet alle genoemde partijen en regio's zullen al direct in het begin kunnen of willen participeren, maar dat hoeft ook niet. Iedere regio kent dus zijn eigen tempo.

Regioregie in volle omvang betreft zowel de Zorgverzekeringswet, AWBZ, WPG als Wmo. Dit is dermate complex dat een gefaseerde aanpak onvermijdelijk is. In de ene regio kan dus in eerste instantie een coalitie ontstaan met alleen een ziekenhuis en een zorggroep. In een andere regio kan het beginnen met een VV&T-instelling, een zorggroep en een gemeente. Als start zijn alle combinaties denkbaar, als maar duidelijk is dat het de bedoeling is er gaandeweg ook andere partijen bij te betrekken.

Omdat Regioregie nieuw is, is het nadrukkelijk niet de bedoeling om zo snel mogelijk zoveel mogelijk projecten van de grond te krijgen. Dit geeft immers verdunning van energie en focus, ingrediënten die juist zo belangrijk zijn om echt resultaten te bereiken. Regioregie wil de zorgaanbieders stimuleren om de juiste zorg op de juiste plek te verlenen, en doet een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid. Beide vragen om een gedragsverandering en kosten dus tijd. Eens te meer omdat die noodzakelijke gedragsverandering zich niet beperkt tot de zorgprofessionals, maar ook betrekking heeft op de patiënt of cliënt, de zorgverzekeraar, de gemeenten en uiteindelijk ook de overheid. Feitelijk werken we dus volgens het model van Charles Lindblom van The science of muddling through: de wetenschap van het doormodderen. We kunnen niet zeggen dat de weg naar de stip aan de horizon gemakkelijk begaanbaar is. We kunnen wel zeggen dat de route de moeite waard is en dat het resultaat een enorme beloning zal zijn. Maar we moeten ook reëel zijn. Het is onontkoombaar dat we bij sommige projecten halverwege zullen concluderen: dit werkt niet. Dan moeten we niet willen doorgaan met zo'n project en dat zullen we dan dus ook niet doen. Voor deze vorm van trial and error laten we bewust ruimte bestaan. De enige legitimiteit voor een project is het resultaat ervan afmeten aan de doelen die we stellen.

Iedere 'regio' kent zijn eigen tempo

Criteria



Populatiemanagement is het sluitstuk van de regionale samenwerking. Iedere regio ontwikkelt daarin een eigen tempo.

Met Regioregie verandert het speelveld voor iedereen. Het vraagt van zorgprofessionals dat ze dezelfde visie en doelen nastreven en de organisatorische verantwoordelijkheid durven dragen. Samen organiseren zij immers de zorg rondom de patiënt en stimuleren zij de patiënt of cliënt om diens zelfmanagement ter hand te nemen. De huisarts 'nieuwe stijl' heeft in het concept van Regioregie een sleutelrol. Hij of zij voelt zich verantwoordelijk voor de gezondheid, de zorgresultaten en de kosten van de verzekerden van CZ die in de praktijk zijn ingeschreven. Om deze verantwoordelijkheid aan te kunnen, is ondersteuning door een professionele organisatie noodzakelijk. Door de opkomst van zorggroepen voor het organiseren van ketenzorg is de organisatiekracht in de eerste lijn sterk gegroeid. Zorggroepen zijn echter nog jonge organisaties. Ze verschillen onderling nog qua ontwikkelingsstadium en staan toch nu al voor de volgende uitdaging: samen met andere partijen invulling geven aan Regioregie.

Beginnen aan een onbekend avontuur vraagt veel van zorgaanbieders, patiënten en gemeenten. Ook op het punt van financiering is nog veel onduidelijk. Maar: wie niet waagt, die niet ontwikkelt. We zijn ervan overtuigd dat Regioregie meerwaarde zal hebben voor de patiënt en voor de efficiënte inrichting van het zorglandschap, en dus beginnen we.

Kort samengevat:

- Beginnen met Regioregie heeft alleen zin als een partij daar klaar voor is.
- Ieder project kan in het begin dus een andere vorm hebben. Partijen kunnen altijd later aanhaken.
- Het is een proces van gedragsverandering, en we weten dat dit tijd vergt.
- Blijft in een project succes achterwege, dan moeten we lef hebben om te zeggen: hier stoppen we mee.
- Het enige juiste uitgangspunt is: meerwaarde voor alle betrokken partijen.



Pilots

We zeiden het al eerder: iedere reis begint met de eerste stap. Die is inmiddels gezet. Een goed voorbeeld is de pilot 'MijnZorg' in de Limburgse regio Oostelijk Zuid-Limburg. CZ werkt hierin samen met huisartsenorganisatie HOZL, ziekenhuis Atrium en patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg. Doel is dat de bewoners in de toekomst - ondanks de vergrijzing, de ontgroening en de krimp in de regio - dezelfde of nog betere zorg krijgen. Verplaatsing van zorg naar de eerste lijn is een van de manieren om dit te realiseren. Een andere activiteit in de eerste fase is het substitueren van dure geneesmiddelen door goedkopere, gelijkwaardige geneesmiddelen. Ook start onderzoek naar de haalbaarheid van een Eerstelijns Plus Centrum: een medisch centrum midden in de wijk waar wijkgerichte eerstelijnsplus zorg met tweedelijnsconsultatie plaatsvindt.

In Zuid-Limburg is in de Westelijke Mijnstreek een tweede Regioregie pilot opgestart. De coalitie bestaat hier uit Zorggroep Meditta, Orbis, MCC Omnes, Huis voor de Zorg en CZ. De betrokken partijen onderzoeken samen welke initiatieven het meeste verbeterpotentieel hebben.

Ook het derde project, 'Goed Leven' in Zeeuws Vlaanderen, is te plaatsen in het kader van de ontgroening en vergrijzing. Zowel de AWBZ-zorg als de huishoudelijke hulp in het kader van de Wmo zijn hier de laatste jaren gegroeid. Hoe het tij te keren is, weten we al langer: betere preventie, betere vroegdiagnostiek van dementie, meer zorg naar de eerste lijn, actieve inzet van eHealth, et cetera. Toch wordt hier vaak onvoldoende mee gedaan. Via de aanpak van Regioregie hebben we er in Zeeuws Vlaanderen een begin mee gemaakt om te zorgen dat dit wél gebeurt. Deels door de zorg in betere onderlinge samenhang te organiseren, deels ook door patiënten met de juiste ondersteuning te motiveren om voor zichzelf te zorgen. Bijzonder in deze regio is verder dat alle partijen uit de 'gezondheidswieber' deelnemen: gemeenten, patiënten, aanbieders en natuurlijk CZ.

Een vierde voorbeeld is het samenwerkingsverband tussen CZ, VGZ, Zorgbelang Brabant en de zorggroepen Pozob en DOH. Ook de ziekenhuizen in de regio Eindhoven hebben besloten om zich bij dit initiatief aan te sluiten. Doel van deze 'Slimmer met zorg proeftuin' is ook hier de zorg anders te organiseren door niet de productie van zorg centraal te stellen maar het resultaat van de zorg in termen van medische kwaliteit, door de patiënten ervaren kwaliteit en kosten. Kernbegrippen zijn zinnig en zuinig, zelfsturing en zorg op maat. De proefregio's wijzen de weg naar hoe we met Regioregie verder kunnen gaan op de lange wandeling naar de stip aan de horizon.

Kort samengevat:

- De eerste pilots met Regioregie zijn al een feit.
- Ze wijzen de weg naar de toekomst van Regioregie.



Rudi Westendorp, hoogleraar ouderengeneeskunde LUMC en directeur Leyden Academy on Vitality and Aging:

“De radicale premiebeter en de empowerde patiënt moet de zorgverzekeraar afdwingen om doelmatige zorg in te kopen. We moeten het gewoon gaan doen, en kijken of het daardoor beter wordt. Trouwens, in de regio moet je niet alles met iedereen willen doen; de vraag is wie je nodig hebt om je doel te bereiken. Het gaat immers om zorgverbetering, én creatieve destructie.”

Peter van Zutphen, wethouder gemeente Heerlen

“De kwaliteit, inzet en betrokkenheid van de professionals in zorg en welzijn is groot, maar er wordt nog veel te veel langs elkaar heen gewerkt. Met als gevolg te weinig preventie, dubbel werk, of juist het vallen van gaten. Dat geldt zeker óók voor het belangrijke gebied tussen de ode en 1ste lijn. De huidige gefragmenteerde wijze van financiering is daar deels debet aan. Het is aan de financiers van de zorg om dat te doorbreken, en de professionals de ruimte te geven samen te werken. Ik ben daarom erg blij met de koers naar Regioregie. Daarbij moeten gemeenten en zorgverzekeraars ook het lef hebben voorop te lopen en de grenzen op te zoeken van de huidige regelgeving.”

Selectie interventies

Lastig implementeren	Niet doen	Nu starten, later oogsten
Makkelijk implementeren	Doen?	Quickwins
	Beperkte bijdrage aan realisatie doelen	Grote bijdrage aan realisatie doelen

De juiste dingen doen om Regioregie succesvol van start te laten gaan



Waar staan we in 2014?

De huidige pilots wijzen de weg naar de eerste successen die we met Regioregie kunnen gaan boeken. En zulke successen heeft Regioregie ook nodig. De quick wins, de eerste successen die we kunnen vieren, geven zowel de al betrokken partijen als de partijen die vanaf de zijlijn kritisch kijken naar wat we doen, het vertrouwen dat met Regioregie winst te boeken is waarvan iedereen profiteert. Deze quick wins vormen de opmaat en een investeringsbron voor het inhoudelijke programma dat we de komende jaren verder willen gaan uitrollen en leveren de data op basis waarvan we het werk in het kader van Regioregie gericht kunnen bijsturen.

De quick wins zijn nodig om de lange weg naar de stip aan de horizon begaanbaar te maken en daarvoor voldoende mensen en middelen te kunnen inzetten. Tegelijkertijd bouwen we aan een regio-organisatie die op de langere termijn gericht is. Dit doen we omdat we 'klein denken en handelen' willen voorkomen, waardoor je de verandering niet van de grond krijgt. De combinatie van op korte termijn resultaten neerzetten en de randvoorwaarden voor lange termijnsucces invullen, is de inzet voor 2013. In 2014 verwachten we dan het gezamenlijke vertrouwen in de nieuwe aanpak en het werkkapitaal versterkt te hebben om het programma in volle omvang neer te zetten.

Kort samengevat:

- In 2014 willen we onze eerste successen vieren, op basis van de pilots die nu al lopen.
- De quick wins uit de eerste successen geven de betrokken partijen vertrouwen in de meerwaarde van Regioregie en bieden mogelijkheden om gericht bij te sturen.
- De weg naar de stip aan de horizon maken we samen begaanbaar.

Meer informatie:

CZ.nl/Regioregie

Managers Regioregie:

Daan Rooijmans en Wiro Gruisen: Regioregie@cz.nl

© Copyright CZ, maart 2013

