

Regionalisering: cruciaal voor de zorg van morgen

De vergrijzing, toenemende personeelstekorten en stijgende zorgkosten vereisen dat de spelers in het zorglandschap hun wendbaarheid vergroten en beter anticiperen op veranderingen. Om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg te garanderen, is regionalisering een cruciale pijler. Ziekenhuizen zullen daarin het voortouw moeten nemen. In dit whitepaper beschrijven wij de kernproblemen in de zorg, waarom regionalisering een deel van de oplossing is, de belemmerende factoren voor regionalisering en hoe een ziekenhuis succesvol de eerste stappen kan zetten richting regionalisering.

1 Huidige en toekomstige problemen in de zorg

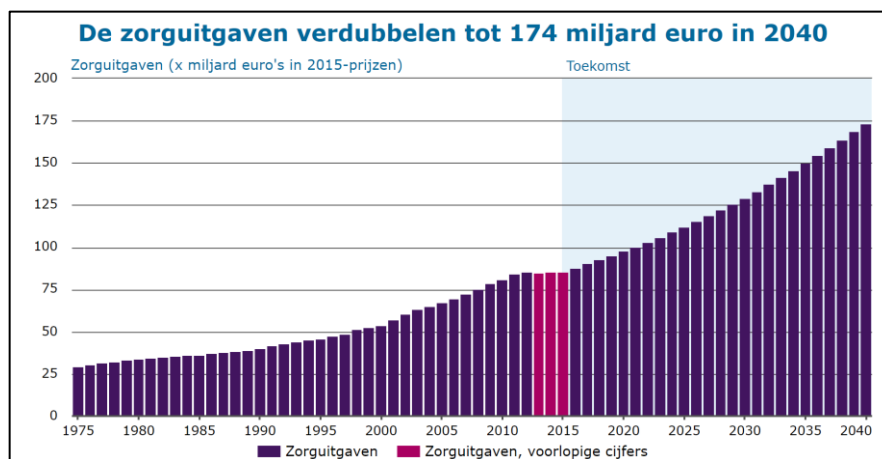
De zorg in Nederland kent een aantal grote problemen:

1) Vergrijzing

Het aantal ouderen in de samenleving neemt toe en ouderen worden ook steeds ouder. Het ouder worden heeft tot gevolg dat binnen de ouderenpopulatie het aantal patiënten met chronische aandoeningen en/of multimorbiditeit sterk toeneemt. Dit zal de druk op eerste- en tweedelijnszorg sterk doen toenemen. Niet alleen de medische problemen van ouderen nemen toe, maar ook de sociale problemen. Ouderen wonen vaak zelfstandig en alleen. De verwachting is dat het aantal eenzame ouderen de komende jaren sterk zal toenemen. Het gat tussen thuis en het verpleeghuis is momenteel te groot¹. Omdat ouderen steeds langer thuis wonen, gebeuren meer valongelukken, stijgt het aantal opnamen bij de spoedeisende hulp en komen ouderen – vanuit een crisissituatie - vaker in het ziekenhuis terecht. Dit komt voor een groot deel doordat ouderen het thuis niet meer alleen redden².

2) Stijgende zorgkosten

De stijging van de zorgkosten heeft voor een groot deel te maken met volumestijging door de vergrijzing. Een andere belangrijke oorzaak is kostenstijging door de ontwikkeling van nieuwe medische techniek en dure geneesmiddelen. Het RIVM voorspelt in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 dat de zorgkosten tot 2040 verdubbelen tot 174 miljard euro (bij ongewijzigd beleid)³.



Bron: CBS/RIVM 2019

Dat is een stijging van zorguitgaven per persoon van 5.100 euro in 2015 naar 9.600 euro in 2040. Een dergelijke stijging betekent dat in 2040 een op de vier Nederlanders in de zorg moet werken, tegenover nu een op zeven.

¹ Trouw, 2019: <https://www.trouw.nl/politiek/wordt-de-zorg-voor-de-thuiswonende-chronisch-zieke-ouderen-het-nieuwe-hoofdpindossier~b652e076/>

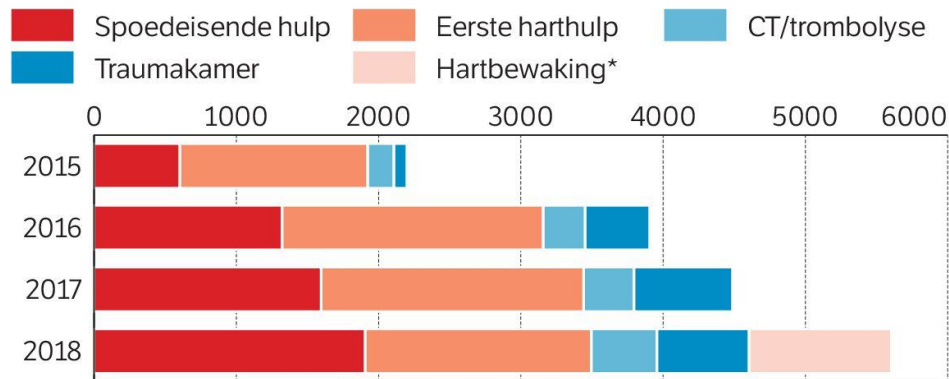
² Morgens, 2019: <https://www.morgens.nl/magazine/cees-van-boven-woonzorg-nederland-over-de-ouderenzorg-van-morgen>

³ RIVM/CBS, 2018 (VTV 2018): <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>

3) Toenemende personeelstekorten

De zorg kampt met een groot tekort aan personeel. In 2018 werd de noodklok al geluid: het personeelstekort groeit en brengt de kwaliteit van zorg in gevaar. Dat we in een negatieve spiraal zitten wordt ook duidelijk doordat zorgmedewerkers de werkdruk voelen stijgen en het werkplezier afneemt⁴. Afgelopen zomer kwamen er verhalen in de media over het sluiten van bedden of zelfs hele afdelingen, en het verkorten of uitstellen van douchen voor patiënten of cliënten⁵.

Aantal stops in ziekenhuizen in Noord-Holland en Flevoland (19 ziekenhuizen)



* Sinds april 2018 worden de afdelingen eerste harthulp en hartbewaking apart geteld. Omdat de afdelingen soms tegelijk een stop hebben, veroorzaakt het sinds kort apart tellen van de afdelingen een onbekend deel van de stijging in 2018

Bron: NRC, 2019

Deze problemen hebben allerlei gevolgen in zowel de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) als in de medisch specialistische zorg. Voor ziekenhuizen zijn gevolgen onder andere groeiende wachtlijsten, sluitingen (stops) van SEH's (Spoedeisende Hulp) en uitstel van operaties. 'De stops van SEH's worden steeds vaker geregistreerd. Alleen al in Noord-Holland en Flevoland waren er vorig jaar 5.600, gemiddeld vijftien stops per dag. Dat is ongeveer twee keer zoveel als in 2015⁶.

De gevolgen voor de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg zijn groeiende wachtlijsten voor intramurale zorg en cliëntenstops in de thuiszorg. De schatting is dat er nog zo'n 1000 nieuwe zorglocaties nodig zijn om de huidige tekorten en wachtlijsten voor seniorenhuisvesting in Nederland op te vangen⁷. Deze problemen zijn dus nu al zichtbaar – en zullen de komende jaren alleen maar groter worden: een zorginfarct dreigt.

2 Regionalisering: grenzeloze zorg

Naast het dreigende zorginfarct, is de zorg momenteel niet klantvriendelijk georganiseerd. Professionals werken langs elkaar heen, patiënten moeten vaak aan verschillende professionals hetzelfde verhaal vertellen of worden van het kastje naar de muur gestuurd. Dit kost de professionals en de patiënt veel tijd en moeite, en levert niet de gewenste verbetering op in het dagelijks leven.

Om zorg te verbeteren en een zorginfarct te voorkomen, is het zaak om regionalisering in de zorg sneller en beter te ontwikkelen. Onder regionalisering verstaan wij: intensieve samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties in een regio, waarbij het streven is dat de inwoner, patiënt of cliënt geen grenzen van organisaties ervaart.

⁴ Trouw, 2019: <https://www.trouw.nl/zorg/meer-werkdruk-in-zorg-en-minder-werkplezier~b600951f/>

⁵ Trouw, 2019: <https://www.trouw.nl/binnenland/zorg-in-de-zomer-geen-bedden-meer-en-korter-douchen-door-personeelstekort~bbdf4a27/>

⁶ NRC, 2019: <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/06/11/spoed-rij-maar-naar-een-ander-ziekenhuis-a3963331>

⁷ Skipr, 2019: <https://www.skipr.nl/actueel/id39180-minstens-duizend-nieuwe-locaties-voor-zorgvastgoed-nodig.html>

Bij ideale regionale samenwerking:

- staat te allen tijden zorginhoud centraal vanuit de patiënt, cliënt of inwoner;
- mogen schotten, bekostiging of technologie nooit een belemmerende factor zijn in de samenwerking tussen organisaties;
- werken de verschillende zorgaanbieders naadloos met elkaar samen om inwoners, cliënten en patiënten de beste zorg te leveren;
- verschuift het denken in kosten voor de organisatie naar het denken in resultaten voor de patiënt.

De droom: intensieve regionale samenwerking in 2025

Inwoners die niet ziek zijn, krijgen advies over leefstijl en preventie in de leefstijlklinieken. Daarin werken organisaties uit de eerste en tweede lijn samen om activiteiten uit te voeren die eraan bijdragen dat inwoners gezond leven, fit blijven en daardoor niet ziek worden. Daarnaast zijn er regionale afspraken en activiteiten om eenzaamheid te beperken en een maatschappelijke ondersteuningsstructuur te vormen. Voor kwetsbare ouderen zijn particuliere woonvormen beschikbaar waar alles erop gericht is om ouderen zoveel mogelijk actief en zelfstandig te laten blijven, waarbij – indien nodig – zorg (thuiszorg, huisarts, paramedici) dichtbij is.

Als inwoners in een regio toch ziek worden of met ouderdomsverschijnselen te maken krijgen geldt: "Thuis, tenzij ... ". Voor alle zorgaanbieders in de regio is dit uitgangspunt leidend: we verlenen zorg in de thuissituatie, tenzij het echt niet anders kan. Zorgaanbieders werken daarbij intensief samen met gemeenten, welzijnsorganisaties en mantelzorgers. De ondersteuningsstructuur is erop gericht het thuisprincipe mogelijk te maken.

Voor de patiënt is nauwelijks merkbaar welke organisatie zorg verleent. Zorgorganisaties zijn met hun infrastructuur zeer sterk met elkaar verbonden, zodat zij intensief kennis en gegevens kunnen uitwisselen. (Kwetsbare) ouderen zijn in beeld bij deze organisaties en hun situatie wordt frequent gemonitord. Monitoring thuis gebeurt op afstand vanuit één centrale locatie (zorgverkeerstoren) met dezelfde technologie (data-uitwisseling, maar ook medische apparatuur) zodat alle zorgverleners in een regio deze kunnen bedienen.

Interventies vinden in een regionaal ziekenhuis plaats, hoogcomplexere zorg in een bovenregionaal ziekenhuis. Verblijf vindt – als dat niet thuis kan – plaats in het ziekenhuis, maar liever dichtbij huis in medische centra die uitgerust zijn met kleine zorgpensions of -hotels. Deze kunnen ook uitgerust worden met buitenpoli's van het regionale ziekenhuis. Cure en Care werken hier intensief met elkaar samen. Medisch specialisten zijn met regelmaat in deze centra te vinden.

3 Regionalisering voorkomt het zorginfarct

Om een zorginfarct te voorkomen, moet zorgverlening in Nederland drastisch veranderen. Voor de volgende veranderingen is regionalisering noodzakelijk om deze goed in te bedden:

- focus op leefstijl en preventie;
- zorg op de juiste plaats;
- flexibelere en efficiëntere inzet van personeel;
- vroegdiagnose.

Deze vier veranderingen en hun relatie met regionalisering lichten wij onderstaand toe:

1) Focus op leefstijl en preventie

Minder zorg. Eenvoudig gezegd, maar moeilijk te realiseren. Dit vraagt om veel meer investeren in preventie en leefstijl. Vanuit het preventieakkoord van VWS wordt ingezet op een gezonder Nederland, waarbij de intentie is te voorkomen dat inwoners patiënt of cliënt worden. Daarbij staat een gezonde levensstijl centraal⁸.

Preventie en aandacht voor leefstijl vindt in de regel buiten de zorgorganisaties plaats, maar vraagt wel om samenhang met en tussen medische disciplines. Om preventieve acties succesvol te laten zijn, is intensieve samenwerking nodig tussen huisarts (signalering), welzijnsorganisaties, gemeente, leefstijlcoach (gericht op activering van inwoners) en cure (welke activiteiten zijn effectief bij het voorkomen van medicalisering).

Positieve gezondheid (Machteld Huber) een nieuwe benadering in de gezondheidszorg

Positieve gezondheid gaat over hoe je veerkrachtig en betekenisvol kunt leven. Het begrip gezondheid bestrijkt immers een veel breder gebied dan alleen maar je lichamelijk functioneren. Positieve gezondheid gaat dus niet uit van ziekte en wat niet goed gaat, maar vertrekt vanuit wat er wél goed gaat. Positieve gezondheid kijkt naar het lichamelijk, psychisch en spiritueel functioneren, als ook naar de kwaliteit van leven, maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Positieve gezondheid slaat een brug tussen zorg en welzijn. Daardoor zullen oplossingen niet langer als vanzelfsprekend uitsluitend in het medische circuit worden gezocht. En weten uiteenlopende zorgorganisaties en maatschappelijke instellingen elkaar beter te vinden rond hetzelfde doel: meer mogelijkheden waarmee mensen een veerkrachtig en betekenisvol leven kunnen leiden.

2) Zorg op de juiste plaats

Zoals eerder aangeven, raken ziekenhuizen meer en meer verstoep en liggen verpleeghuizen vol. Initiatieven als 'Zorg op de Juiste Plaats' hebben tot doel om te zorgen dat zorgverlening plaatsvindt op de plek die daar het geschiktst voor is. Dit is soms het ziekenhuis, soms een zorgpension en soms ook thuis. Om hierin de juiste keuzes te maken, is het nodig om veel meer vanuit regionaal perspectief naar de zorg te kijken: intensieve afstemming tussen alle zorg- en welzijnsorganisaties zorgt er voor dat de juiste keuzes gemaakt kunnen worden.

Op **regionaal strategisch niveau** is het van belang om met elkaar te kijken wat er nodig is om zorg de komende jaren te waarborgen. Het gaat dan om het aantal plekken voor tijdelijk verblijf, het aantal buitenpoli's en medische centra. Vooral voor ouderen betekent het dat er meer alternatieve plekken moeten komen voor tijdelijk verblijf. Als naar huis gaan geen optie is, moeten er alternatieven in de regio beschikbaar zijn, zoals eerstelijnsverblijf-bedden of anderhalvelijnszorg. Wij voorzien dat het aantal zorgpensions en zorghotels de komende jaren sterk zal toenemen om aan deze behoefte te voldoen. Daarnaast moet er **operationeel regionaal niveau** goed capaciteitsmanagement worden vervuld: welke patiënt kan op welke plek de beste en passende zorg ontvangen?

3) Flexibelere en efficiëntere inzet van personeel

Door te regionaliseren is het ook mogelijk om personeel flexibel in te zetten. In een goed samenwerkende regio kijk je gezamenlijk hoe schaarse professionals (zoals een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of arts) slim in te zetten. Dit heeft te maken met zorg op de juiste plaats (de juiste professional op de juiste plek) en het efficiënt inzetten van deze schaarse resources.

Zorgverkeerstoren

In een goede functionerende regio heeft het netwerk van zorgorganisaties patiënten, cliënten en inwoners goed in beeld. Uitwisseling van gegevens tussen organisaties gebeurt dan bijvoorbeeld in een zorgverkeerstoren. De zorgverkeerstoren heeft een monitorende functie en heeft een goed beeld van de zorg die nodig is bij patiënten, cliënten en inwoners in de regio. En voert de centrale regie over welke zorgverlener

⁸ VWS, 2018: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord/nationaal-preventieakkoord.pdf>

welke zorg verleent, op basis van onderlinge afspraken met voldoende marktwaarborgen. Bij de flexibele inzet van personeel gaat het ook om de vraag hoe te voorkomen dat in dezelfde wijk allerlei concurrerende aanbieders (thuiszorg) aan de slag zijn. Zeker nu de verwachting is dat meer mensen thuiszorg zullen ontvangen, is het belangrijk om te kijken hoe reistijd zo veel mogelijk beperkt kan worden.

Het is in die context goed dat zorgorganisaties binnen de regio duidelijke afspraken maken over wie wat aanbiedt. En daarbij ook buiten de gebaande paden durven treden. Het Maasstad ziekenhuis in Rotterdam, dat overstapte van een concurrentiestrategie naar samenwerking en netwerkzorg, compenseert bijvoorbeeld de medisch specialisten voor uren die zij buiten de muren van het ziekenhuis maken. Voorzitter van de raad van bestuur Peter Langenbach: "Een andere keuze is om het MSB te compenseren bij het verplaatsen van zorg naar de eerste of anderhalve-lijn. Gedurfd, maar daardoor krijgen we wel de gewenste beweging naar de juiste zorg op de juiste plek."⁹

4) Vroegdiagnose

Om patiënten vroeg in beeld te krijgen, moeten zorgverleners met elkaar samenwerken en optimaal kunnen communiceren. Door slimme technologische innovaties kan er zorg op afstand worden verleend en kunnen patiënten gemonitord worden. Op die manier kan er eerder geïntervenieerd worden. Vroegdiagnose voorkomt acute crises en langdurige ziekenhuisopnames. De vraag is hierbij vooral wie wat doet met die gegevens. Wij denken dat je dat regionaal, bijvoorbeeld in je zorgverkeerstoren, moet oplossen. Dan kun je gericht sturen wie, bij afwijkingen op de standaard patronen, welke actie onderneemt: moet iemand naar het ziekenhuis, kunnen we een coach sturen, of we kunnen we een verpleegkundig specialist een e-consult laten doen? Ofwel er is binnen de regio één centraal regiepunt. Bij de verkeerstoren is het netwerk van de regio goed in beeld.

4 Wat houdt regionalisering tegen?

In Nederland ontbreekt het niet aan ideeën en experimenten om de zorg op een andere manier te organiseren en op een vernieuwende wijze samen te werken. Ook vanuit het kabinet wordt steeds meer ingezet op het regionalisering van de zorg¹⁰.

Toch zien we dat deze ontwikkelingen nog te weinig impact hebben op het gehele zorglandschap. Het is ook niet makkelijk om de omslag te maken naar regionalisering. We zien dat zorginstellingen geneigd zijn om binnen het eigen domein te blijven. Dit heeft de volgende oorzaken:

1) De huidige bekostiging van zorg

Zorginstellingen hebben een direct belang bij behoud en groei van de zorgproductie. De financiële prikkels in de huidige structuur nodigen niet uit om samen te werken met andere zorgorganisaties.

2) Schottenproblematiek

De zorg wordt gefinancierd vanuit verschillende geldstromen met verschillende eigenaren. De zorgverzekeraar betaalt voor curatieve zorg, de langdurige zorg wordt gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg, welzijn vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (gemeente). Voor preventie en leefstijl is nauwelijks geld beschikbaar.

De verschillende loketten met hun eigen financieringsregels en -wetten maken het enorm lastig om zorg die over die schotten heen gaat gefinancierd te krijgen (uit welke pot moet het dan betaald worden?). In de praktijk zien wij allerlei proeftuinen en pilots, overigens vaak op microniveau, die best goed lopen. Maar waarbij het moeilijk is (1) het pilotlevel te ontgroeien en naar blijvende financiering te gaan en (2) op te schalen naar een hoger niveau (regionaal of landelijk).

3) Eigen belangen van organisaties

Door de genoemde personeelstekorten, werkdruk en hoge bezettingsgraden focussen zorginstellingen zich op korte termijn oplossingen. Daarnaast is regionalisering een potentieel risico voor krimp van de eigen

⁹ Medisch Contact, 2019: <https://www.medischcontact.nl/adsfolder/rodehoed-whitepaper/assets/files/Rode%20Hoed%20whitepaper.pdf>

¹⁰ Skipr, 2019: <https://www.skipr.nl/actueel/id39730-kabinet-wil-zorg-meer-naar-regio-brengen.html>

organisatie (minder omzet, resultaat en/of mensen). Regionalisering betekent dus niet altijd winst voor de eigen organisatie. Niet elke leider in een organisatie is bereid om het belang van patiënten, cliënten of inwoners voorrang te geven ten opzichte van het eigen (organisatie)belang.

4) De benodigde tijdsinvestering

Het komen tot intensieve en duurzame samenwerking in de regio kost heel veel tijd. Netwerksamenwerking lukt alleen als er aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. Bijvoorbeeld dat samenwerkende partijen elkaar door en door kennen, elkaar iets gunnen, er veelvuldige onderlinge afstemming is, dat er op ICT- en technologisch gebied met dezelfde standaarden gewerkt wordt etc.

Ofwel: een langdurig en tijdsintensief traject, waarbij naast het leiderschap veel medewerkers in zorgorganisaties in de regio bij betrokken moeten worden. Niet iedereen is bereid deze tijdsinvesteringen te doen, ook omdat de voordelen van de tijdsinvestering niet direct merkbaar en zichtbaar worden: 'de kost gaat voor de baat uit'.

5) Het gebrek aan technologische en digitale standaarden

In Nederland ontbreekt het aan technologische en digitale standaarden om tussen verschillende zorgorganisaties gegevens met elkaar te kunnen uitwisselen. Dit maakt het moeilijk voor zorgorganisaties om op een integrale en gecoördineerde manier naar patiënten, cliënten en/of inwoners te kijken. Het ontbreekt dus aan de juiste medische gegevens op de juiste plek, van de juiste persoon, op het juiste tijdstip.

De genoemde barrières leiden ertoe dat in veel regio's de regionale zorgaanbieders, de gemeenten en de verzekeraars elkaar blijven aankijken terwijl er weinig gebeurt om zorg vanuit het patiëntperspectief regionaal te organiseren.

5 De eerste succesvolle stappen: het ziekenhuis voorop!

Het is niet gemakkelijk om regionalisering vorm te geven. Een aantal van de hiervoor genoemde barrières zijn door zorgpartijen niet te doorbreken. Zo kunnen zorgorganisaties niet zelfstandig het zorgstelsel wijzigen. Toch zijn wij van mening dat het wel mogelijk is om stappen te zetten, ook binnen het huidige stelsel. Dit vraagt lef, leiderschap en doorzettingsvermogen.

Wij zien het ziekenhuis als de belangrijke speler om de eerste stappen te zetten:

- Het ziekenhuis bedient vaak de hele regio van zorg en is daarom de belangrijkste spil in het netwerk;
- Het ziekenhuis is kapitaalkrachtig in vergelijking met andere zorgorganisaties en kan daardoor makkelijker vooruit investeren of resources beschikbaar stellen;
- De urgentie voor het ziekenhuis is hoog, er staat hoge druk op afdelingen en SEH's. De medisch specialistische zorg slibt dicht. Om de zorg betaalbaar te houden moet de dure medisch specialistisch zorg afgeschaald worden;
- Het ziekenhuis is groot en heeft doorzettingskracht.

De eerste stappen die een ziekenhuis kan zetten zijn:

1) De leidende coalitie bepalen

Elke regio in het land ziet er anders uit en is continu aan verandering onderhevig. Dat maakt het lastig om een blauwdruk voor regionale samenwerking te geven. Bij het formeren van een netwerk is het belangrijk om te bepalen welke spelers een cruciale rol spelen in het verwezenlijken van de doelstelling van de regio. Daarnaast kan een succesvolle coalitie alleen tot stand komen als de actoren (op persoonlijk leiderschapsniveau) de wil en het enthousiasme hebben om met elkaar samen te werken aan een regiovisie. De cruciale partijen die bereidheid hebben, vormen dan samen de leidende coalitie. Overigens geldt daarbij dat een boegbeeld voor het netwerk cruciaal is: netwerken hebben een trekker nodig.

2) Met regionale netwerken een stip bepalen

De eerste stap voor de leidende coalitie is het creëren van een gezamenlijk beeld van de toekomst: Hoe ziet de zorg er uit in 2025-2030? Welke ambitie willen we met elkaar realiseren? Met welke ontwikkelingen houden we rekening? Wat is de droom die we met elkaar hebben, welke stip op de horizon willen we bereiken?

De stip geeft richting aan het de komende jaren vormgeven van preventie, interventies op het gebied van leefstijl en zorg in de regio, zodat de inwoners van die regio zolang mogelijk fit en gezond blijven en indien nodig verzekerd blijven van de beste zorg dichtbij. Het is verstandig om de ambitie wat verder weg te bepalen (8-10 jaar) om los te komen van dagelijkse beslommeringen en te kleine incrementele stappen. De zorg voor morgen vereist dat we grotere stappen zetten. Het samen formuleren van een ambitie is een cruciale stap die bepalend is voor het vervolg, de samenwerking, de prestaties en uiteindelijk ook de klanttevredenheid¹¹.

3) Samen met het regionale netwerk projecten bepalen

Nadat de ambitie van het regionaal netwerk is bepaald, is de volgende stap het formuleren van ontwikkelrichtingen en -projecten die bijdragen aan het realiseren van de ambitie.

Projecten waar regionale samenwerking momenteel het meest bij gebaat is, zijn:

- Flexibele inzetbaarheid van personeel tussen zorg- en welzijnsorganisaties, zodat elke organisatie gebruik kan maken van voldoende en gekwalificeerd personeel en er meer kruisbestuiving ontstaat tussen de professionals;
- De realisatie van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) voor patiënten om alle medische gegevens op één plek te kunnen inzien, waar de patiënt zelf regie over heeft;
- Gegevensuitwisseling tussen organisaties, zoals in projecten als E-overdracht, waarbij het gaat over het stroomlijnen van (elektronische) overdrachtsmomenten, zoals een patiënt die vanuit het ziekenhuis naar een verpleeghuis gaat;
- E-health toepassingen waardoor zorgprofessional en patiënt ook digitaal met elkaar kunnen communiceren, zoals E-consulten waarbij via een chat of videoverbinding de patiënt/cliënt en de arts (of nog beter: het behandelteam) met elkaar in contact staan;
- Monitoring op afstand, bijvoorbeeld door het dragen van wearables of andere technische innovaties;
- Het ontwikkelen van een regionale 'zorgverkeertoren'. De zorgverkeertoren is een centraal regiepunt en kent een controlekamer van waaruit zorgprofessionals patiënten thuis kunnen monitoren. Bij afwijkende waardes wordt snel contact gelegd met de patiënt.

Om te zorgen dat projecten binnen het netwerk van de grond komen, is het goed om (onafhankelijke) procesbegeleiders aan te stellen die verantwoordelijk zijn voor de realisatie en implementatie van de projecten in de regio.

4) Nieuwe financieringsafspraken maken met gemeente en zorgverzekeraars

Zoals besproken is één van de redenen waarom regionalisering nog onvoldoende op gang komt, dat de financiering van de zorg uit veel verschillende geldstromen komt en veel verschillende eigenaren heeft. Ziekenhuizen zijn de meest kapitaalkrachtige onderhandelingspartner en kunnen daarom een leidende rol spelen in het maken van afspraken in de regio. Het ziekenhuis is een belangrijke speler om samen met de zorgverzekeraar en gemeente te zoeken naar ruimte om financieringsstromen op onderdelen samen te voegen, om zo de grootste belemmeringen in de samenwerking tussen organisaties weg te nemen.

Dat dit mogelijk is, blijkt wel uit het voorbeeld van Zuyderland en CZ, die een tienjarencontract hebben afgesloten. Samen met netwerkpartners willen ze de uitdagingen oppakken, te starten met kwetsbare ouderen en chronisch zieken. De contractering verloopt via één loket, het Zuyderland (Zuyderland is naast ziekenhuis ook ggz-, grz-, ELV-, wijkverpleging- en thuiszorgaanbieder). Het contract kent hier de vorm van een aanneemsom. De partijen sturen op verlaging van volume en kosten¹².

¹¹ Windesheim, 2015: <https://www.windesheim.nl/~media/files/windesheim/research-publications/succesfactorenvoorinterprofessioneelsamenwerkeninzorgenwelzijn.pdf>

¹² ZN, 2019: <https://www.zn.nl/338067458?newsitemid=4229660672>

Tot slot

Om het dreigende zorginfarct te voorkomen, moet ingezet worden op regionalisering van de zorg. Wij zien het ziekenhuis als een belangrijke netwerkpartner in de regio om hierin de eerste stappen te zetten. Regionalisering en intensieve netwerksamenwerking vraagt lef en enthousiasme. Het vraagt om verder kijken dan de korte termijn. Je niet laten leiden door risico's en belemmeringen. Niet naar elkaar te kijken en verantwoordelijkheden afwenden. Het vraagt om het heft in eigen hand nemen en aan de slag gaan. En zo door vergaande regionalisering een mooie stap zetten naar de zorg van morgen.

Meer informatie

Heb je vragen over regionalisering van de zorg of wil je van gedachten wisselen over hoe jouw organisatie zich kan klaarmaken voor de zorg van morgen? Neem dan contact op met Frank van Berkel, partner bij Morgens (telefoon: 071 - 3313 640, e-mail: vanberkel@morgens.nl).

De auteurs

Dit whitepaper is opgesteld door [Annouck de Boer](#), [Mathijs Kelder](#) en [Frank van Berkel](#), consultants respectievelijk partner bij Morgens.



Annouck de Boer



Mathijs Kelder



Frank van Berkel