

Van functionele naar geografische

De invoering van de module Organisatie & Infrastructuur (O&I) leidt tot verandering van de bestaande organisatieprincipes in de huisartsen- en multidisciplinaire zorg. De functionele indeling maakt plaats voor een geografische. Wat verandert er precies, wat is de achtergrond daarvan en is die verandering positief?

De huisartsenzorg is veelal functioneel en financieel gestuurd. Dat wil zeggen dat functies geclusterd zijn tot organisaties: huisartsenposten voor spoedzorg, zorggroepen voor chronische zorg en daarbinnen zijn er zelfs per ziekte georganiseerde ketens (S2). Daarnaast zijn er nog huisartsenkringen voor belangenbehartiging van huisartsen, eerstelijnsdiagnostiek, ROS'en voor ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking en huisartsenpraktijken (S1) die veelal enkelvoudige zorg bieden. Lokaal zijn er bovendien HAGRO's (huisartsengroepen) voor farmacotherapeutisch overleg en waarneming overdag. Deze verschillende organisaties kennen verschillende financiële stromen: budgetten, DBC's, contributie, ION en variabele beloningen. Ze hebben eigen besturen of bestuurders, verschillende agenda's en – ondanks dat men tot dezelfde 'familie' behoort – soms zelfs andere belangen. Deze functionele benadering bij het organiseren van de eerstelijnszorg heeft

voor- en nadelen. Gunstig is de focus op een of enkele functies, waardoor een hoge mate van specialisatie behaald kan worden. Het heeft een stimulerend effect op kennisontwikkeling. Er worden schaalvoordelen behaald bij verdeling van arbeid en bij investeringen en het werk kan efficiënt worden uitgevoerd. Deelresultaten kunnen vaak duidelijk gedefinieerd worden, maar totaalresultaten vanuit het perspectief van patiënten of inwoners zijn lastiger vast te stellen. Ongunstig is het ontbreken van een totaalvisie op de lokale en/of regionale zorgvraag, communicatie en afstemmingsvraagstukken met andere zorgorganisaties en een meer domeinoverstijgende benadering van een complexe omgeving.

In de regio Zuidoost-Brabant met 761.000 inwoners zijn bijvoorbeeld vier zorggroepen, één huisartsenkring, één huisartsenlaboratorium, twee ANW-diensten, één nascholingsinstituut, één koepel van gezondheidscentra en één ROS actief. Sa-

men hebben zij 23 (deeltijd) bestuurders. In sommige regio's is de herstructurering spontaan gestart. Vanuit visie, vanuit historische overwegingen, vanuit externe druk (bijvoorbeeld krimp), een tekort aan bestuurders of doordat huisartsen door de bomen het bos niet meer zagen. Daar zijn zorggroepen, kringen en ANW al samengevoegd in één organisatie, meestal monodisciplinair van opzet en van daaruit al dan niet samenwerkend in multidisciplinaire netwerken. Alleen in Zoetermeer en Almere zijn van meet af aan grootschalige regionale multidisciplinaire organisaties actief, onder centrale leiding en sturing.

Module O&I

De module O&I kan een antwoord zijn op de complexe en per regio verschillende vraagstukken in gezondheidszorg en welzijn. Immers, door de decentralisaties in 2015 heeft de landelijke sturing al plaatsgemaakt voor regionale en lokale sturing. Gemeenten hebben een cruciale rol in het sociale domein op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Participatiewet en Jeugdwet. En inmiddels hebben zij forse financiële belangen om goed te organiseren: het gemeentebudget is van circa €1.100 per inwoner in 2014 gestegen naar €3.300 per inwoner in 2017. Dat de eerstelijnszorg – met een fijnmazig lokaal en regionaal netwerk van zorgaanbieders – daar nu bij aansluit, is logisch. Het draagt bij aan een goede afstemming voor wat burgers en patiënten nodig hebben. Dat de O&I start met de organisatie en samenwerking van huisartsen is ook logisch. Huisartsen concurreren namelijk nauwelijks en hebben een spilfunctie binnen de

Organisatie	Taak	Bekostiging	Werkgebied
Huisartsenkringen	Belangenbehartiging	Contributie	Historisch
Huisartsenposten	Spoed	Budget per inwoner	Suprareginaal
Zorggroepen	Chronische zorg	DBC's	Regionaal
Eerstelijns diagnostiek	Diagnostiek en ondersteuning		Suprareginaal / landelijk
HAGRO's	FTO en dagwaarneming	In S1	Lokaal
HOED	Huisvesting en collegiale	In S1	Lokaal
Gezondheidscentra	Huisvesting en/of multidisciplinaire samenwerking	GEZ	Lokaal en regionaal
Regionale ondersteuningsstructuren	Ontwikkeling, afstemming en innovatie multidisciplinaire samenwerking	Budget per inwoner en projecten	Regionaal

aansturing in de huisartsenzorg

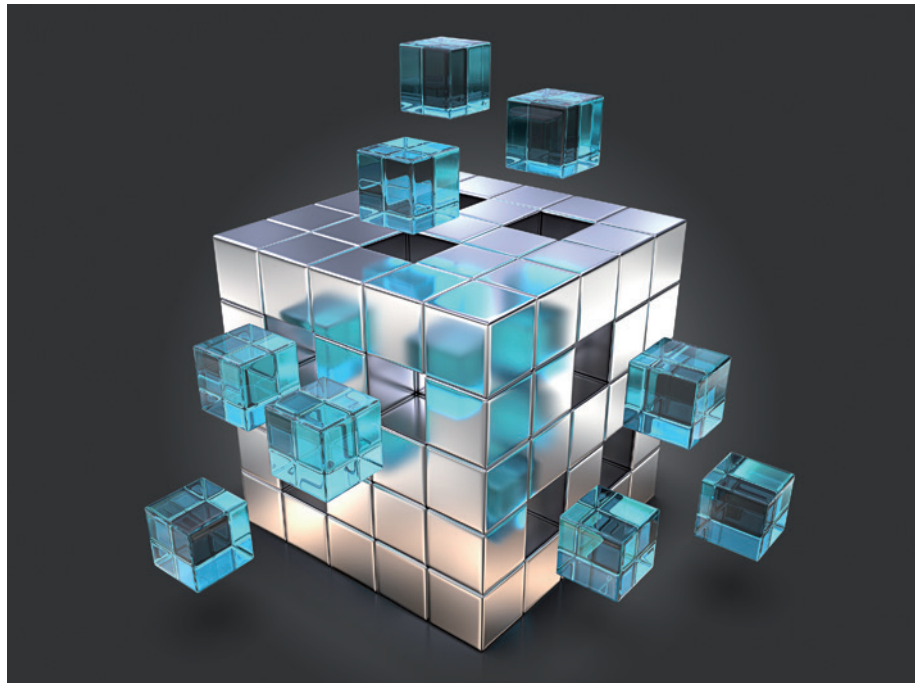
eerstelijnszorg, tussen de nulde- en de tweedelijnszorg en in de multidisciplinaire samenwerking. De organisatiestructuur die voortvloeit uit de O&I-module sluit bovendien beter aan bij de evolutie van een ziektespecifieke naar een generieke benadering en biedt perspectief op populatiemanagement.

Door de module O&I verschuift het organisatieprincipe van functioneel naar geografisch. Wijken en regio's worden het uitgangspunt, waarbij de verschillende functies worden samengevoegd tot lokale- en regionale organisaties. Ook dit heeft voor- en nadelen. De korte communicatie naar de klant, de *couleur locale* met aanpassingsmogelijkheden en hoge betrokkenheid van medewerkers door afwisselende werkzaamheden, zijn voordelig. Deelresultaten zijn nu lastiger, totaalresultaten zijn logischer. De afstemming met overkoepelende landelijke organisaties wordt moeilijker (LHV, InEen). De nadruk ligt immers op de regionale belangen. Daarnaast kan de kleinschaligheid soms tot hogere directe kosten leiden. Dan kan een bovenregionale of landelijke aanpak geïndiceerd zijn.

In sommige regio's is de herstructurering spontaan gestart

Effect op eerstelijnszorg

De O&I leidt dus feitelijk tot een reorganisatie van de eerstelijnszorg. Verschil met een reorganisatie binnen een bedrijf is dat er geen vanzelfsprekende regisseur is in het proces. In de huisartsen- en eerstelijnszorg is er niet automatisch één verantwoordelijke spelverdeler. Dit betekent dat de reorganisatie zich af gaat spelen op basis van de wijze waarop de regionale spelers zich tot elkaar verhouden, de samenwerkings-



De O&I-module leidt tot een reorganisatie van de huisartsenzorg: de vele organisaties die in de regio actief zijn, gaan samen in een groter verband.

of vertegenwoordigingsafspraken die zijn gemaakt, de machtsverhoudingen die zijn opgebouwd en wellicht op basis van sturing van belanghebbenden als zorgverzekeraars en gemeenten. Het is een onomkeerbaar proces dat logischerwijze voortvloeit uit de steeds

sterkere regionale benadering. Realisatie vindt plaats binnen de komende één tot vijf jaar!

Netwerken en allianties

Natuurlijk houdt het niet op met de invoering van de module O&I. De samenwerking met andere partijen kan verschillende vormen aannemen. Het vormen van netwerken of allianties is bijvoorbeeld een veelvoorkomende manier om niet in een organisatie samen te

gaan, maar wel een sterke onderlinge afhankelijkheid te creëren. Dat is nodig om een antwoord te geven op de huidige en toekomstige problemen in de zorg, zoals de stijgende zorgvraag, krimpende arbeidsmarkt, noodzakelijke productiviteitsgroei door standaardisatie van werkprocessen, inzet van innovatie en technische middelen en de wens om waar mogelijk de patiënt/burger meer in een leidende positie te zetten. Zorgverzekeraars moeten om invulling te geven aan de O&I omschakelen naar maatwerk voor integrale zorginkoop in regio's in plaats van de functionele inkoop volgens landelijke inkoopregels die zij gewend waren. Het hoofdlijnenakkoord biedt de mogelijkheden, het is nu aan de partijen! <<

Tekst:

Jan Erik de Wildt, directeur de Eerstelijns

Foto: Thinkstock