

Criticasters zullen aangeven dat dit cyclische arbeidsmarktbevingingen zijn en dat zich dit wel oplost. Dit keer zijn er echter nog andere ontwikkelingen, die ook bij andere disciplines tot een versnelling van ketenvorming hebben geleid: de beperking van de groeiende zorgkosten treft nu ook de huisartsen: de inkomsten dalen al vijf jaar op een rij.

2011	€ 137.670
2012	€ 130.505
2013	€ 125.990
2014	€ 125.350
2015	€ 118.182

Doelmatigheidswinst

Tegelijk neemt de zorgvraag per jaar 2,6 procent toe (NIVEL/Capaciteitsorgaan september 2016). Men staat voor de keuze: harder werken voor minder geld of kiezen voor een andere 'open' bedrijfsvoering, standaardisatie van bedrijfsprocessen en digitalisering om de doelmatigheid te vergroten. Dat vergt andere vaardigheden dan medische. Veel huisartsen ambiëren dat niet en hebben dat niet geleerd. Daarom willen zij onzorgd worden. Jonge professionals willen bovendien meer flexibiliteit. Ketenvorming vult die behoeften in. Maar bovenal biedt dit de mogelijkheid om focus te houden op de praktijk en de patiënten.

Complexiteit en innovatie

Ook complexe wet- en regelgeving, zoals de wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelaties (DBA) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

is voor individuele praktijkhouders nauwelijks uitvoerbaar. De snelheid van technologische ontwikkelingen is bijna niet bij te benen, de benodigde investeringen zijn bijna niet op te brengen. En dan neemt ook de regionale afstemming met het sociaal domein en samenwerking bij transmurale zorgprocessen nog eens toe. Daarom is dit het momentum voor ketenvorming. Zij hebben doorzettingskracht op de uitvoering van gemaakte afspraken.

Resultaatafspraken

Financiers als zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten dwingen collectivisering steeds meer af. Individuele professionals kunnen niet meer 1:1 onderhandelen met deze financiers, die steeds meer gebruikmaken van contractering door middel van digitale platforms. Om nog enige onderhandelingsmacht te creëren, is volume nodig. Tegelijkertijd neemt de financier geen genoegen meer met vrijblijvende afspraken, stuurt hij op concrete resultaten en zet hij in op innovatie door eHealth, zoals digitale triage. Dat vergt visie, leiderschap, stuurkracht en eenduidigheid van de verkopende partij en voldoende volume, innovatiekracht en multidisciplinaire samenwerking in flexibele netwerken. Dat vergt organisatiekracht, die door ketenvorming geboden kan worden met behoud van professionele autonomie.

NIVEL 2016

solopraktijk	50%
duopraktijk	35%
groepspraktijk	16%

Module O&I

De bekostiging stuurt naar regionale ketenvorming. Een belangrijke voorwaarde om in aanmerking te komen voor de module Organisatie & Infrastructuur (O&I) is een gemandateerde organisatie. Om organisatieprocessen te stroomlijnen en infrastructuur te optimaliseren is standaardisatie van bedrijfsprocessen noodzakelijk. Dat betekent minder autonomie van de individuele professional

op de bedrijfsvoering. Daar staat tegenover dat de professionele autonomie juist aan kracht wint door persoonsgerichte zorg, *shared decision making* en *advanced care planning*.

Overigens is de ondernemende zorgverlener in de eerste lijn altijd prima te financieren geweest voor banken en dit zal voorlopig ook zo blijven. Wel wordt het hebben van een strategisch plan en het creëren van een financiële buffer voor innovatiekracht van steeds groter belang. Ketens en franchise-organisaties kunnen hier makkelijker aan voldoen.

Pijn

De ervaring bij tandartsen en apothekers leert dat ketenvorming dichterbij komt naarmate de 'pijn' van het individuele praktijkhouderschap groter wordt. In die sectoren verliep het trapsgewijs. Eerst werd de bedrijfsvoering opgeschaald van één naar enkele apotheken of tandartspraktijken, vervolgens betraden buitenlandse investeerders en private equity fondsen de markt.

De initiatiefnemers bij de vorming van huisartsenketens zullen ondernemende huisartsen zijn. Pas daarna komen er investeerders die ketens opkopen vanwege geprognosticeerde omzet in een breder portfolio en dienstenpakket. Vervolgens biedt men binnen de keten ook eigen diensten en producten als centrale inkoop, opleiding of inkoop aan. De kapitaalkosten van een huisartsenpraktijk liggen lager dan die van een apotheker of tandarts. De inkoop en het voorraadbeheer van huisartsen is beperkter. Ketenvorming is een interessante business bij een behoorlijke schaalgrootte, pas dan kan het ook bijvoorbeeld in het private domein doorontwikkelen.

Organisatievormen

Qua organisatie zullen er verschillen zijn. Er zijn ketens met alle professionals in loondienst, meestal formules met dezelfde naam en uitstraling. De eenduidigheid is groot door centrale besturing en besluitvorming. Maar er zijn ook ketens met zelfstandige praktijken, die een ketenpakket afnemen met aanvullende opties. En er zijn mengvormen,

waarbij niet of nauwelijks herkenbaar is dat de praktijken deelnemen in een keten. Verschillen zijn er ook tussen de regio's. In diverse zorgsectoren nemen ondernemende professionals meerdere praktijken over om ze onder één bedrijfsvoering te brengen. De ondernemende huisarts met huisartsen, nurse practitioners en ander ondersteunend personeel in loondienst. Dat gebeurt al. De intrede van praktijkmanagers kan dat proces beïnvloeden. Als er één manager is op vijf of zes praktijken, dan leidt dat vanzelf tot meer eenduidigheid. En dat is een stap in de richting van ketenvorming. Daarnaast kunnen zorggroepen zich doorontwikkelen tot regionale ketens. De eisen voor toetreding en deelname worden dan opgeschroefd en de standaardisatie van bedrijfsprocessen versneld.

De richting is duidelijk, het tijdspad nog niet

Vanuit één ketenorganisatie kan voor alle participanten onderhandeld worden in alle drie de segmenten van de bekostiging van huisartsen, maar ook met gemeenten of bedrijfsleven. Indien gewenst kunnen verschillende ketens in verschillende regio's gezamenlijk optrekken en samen een nog groter geheel vormen. Echter, huisartsenketens met circa 40-100 deelnemers, 80.000-200.000 ingeschreven patiënten en een omzet van 15 tot 35 miljoen euro uit alleen al de Zorgverzekeringswet, zijn ook prima in staat om zelfstandig op te treden. Nieuwe multidisciplinaire ketens worden niet direct voorzien. Netwerken bieden voldoende perspectief en flexibiliteit om samen te werken en door vrijwillig afgestemde tweezijdige standaardisatie kan vooral bij eHealth en ICT voldoende efficiencywinst gehaald worden. Daarnaast is multidisciplinaire samenwerking veel moeilijker, wordt de module GEZ net afgebouwd en zijn er zelfs gezondheidscentra die de multidisciplinaire organisatie opknippen in zelfstandige resultaatverantwoordelijke eenheden.

Tot slot

Dit is een autonome strategische ontwikkeling die zeker zal gaan spelen. Het tijdspad is minder goed te voorspellen. Er zullen huisartsen zijn die deze ontwikkeling toejuichen, omdat ze alle focus op de zorg kunnen richten. En er zullen huisartsen zijn die ketenvorming maar niks vinden. <<

Tekst:

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns
Peter de Klerk, sectorspecialist ABN AMRO
Rob Boelens, sectorspecialist ABN AMRO
Arjan Wijnands, sectorspecialist ABN AMRO
Foto: Thinkstock

1 afname van 0,74 (2007) deeltijd factor tot 0,67 (2016); bij vrouwen gemiddeld 0,57 FTE (2016) NIVEL
2 spagaat tussen zorg en centen De Eerstelijns februari 2018

Onvoldoendes



De Ombudsman heeft een behoorlijk zwaar rapport opgesteld over de knelpunten bij de toegang tot zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet. Drie jaar na de invoering van deze nieuwe wetgeving vindt zijn evaluatie plaats. Hij noemt vijf belangrijke redenen waarom het nog niet goed gaat:

- onduidelijkheid bij de aanvraag
- onvoldoende inspraak en ondersteuning
- onvoldoende deskundigheid professionals
- onvoldoende continuïteit van zorg
- te veel bureaucratie

Conclusie: vier onvoldoendes en één 'te veel'... In een vraaggesprek op radio 1 wilde de ombudsman niet ingaan op de vraag of het systeem wel functioneerde. Maar met zo'n 'rapport' kom je toch liever niet thuis.

Meer problemen

De Zorgverzekeringswet (Zvw), die tien jaar geleden is ingevoerd, is ook geëvalueerd. Door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De raad was op onderdelen kritisch, liet zich wel uit over het stelsel en deed concrete adviezen voor aanpassingen. Inmiddels is duidelijk dat de toegang tot de zorg ook in de Zvw voor problemen zorgt. Marktwerking verhoudt zich slecht met schaarste en die is op de arbeidsmarkt volop aan de orde. Tekorten aan personeel nemen eerder toe dan af. De slechte toegang tot de GGZ is structureel en de ernstige problematiek in de ouderenzorg is nu nog gebonden aan het griepseizoen en de zomervakantie. Maar de vergrijzing – en daarmee de toename van de chronische zorg – is eigenlijk pas net begonnen.

De praktijk

Hoewel er in het stelsel niets is veranderd, loopt de praktijk voor op de wetgeving. 'Samenwerken is het nieuwe concurreren' is het adagium. Of de toegang tot de zorg daarmee geborgd kan worden, is echter nog maar de vraag. Duidelijk is wel dat de meest kwetsbare groepen in de maatschappij het meeste last hebben van al die onvoldoendes in het systeem.

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl

