

DEEL II – AANPAK, METHODEN EN RAAMWERK

6 AANPAK, METHODEN EN GEGEVENS

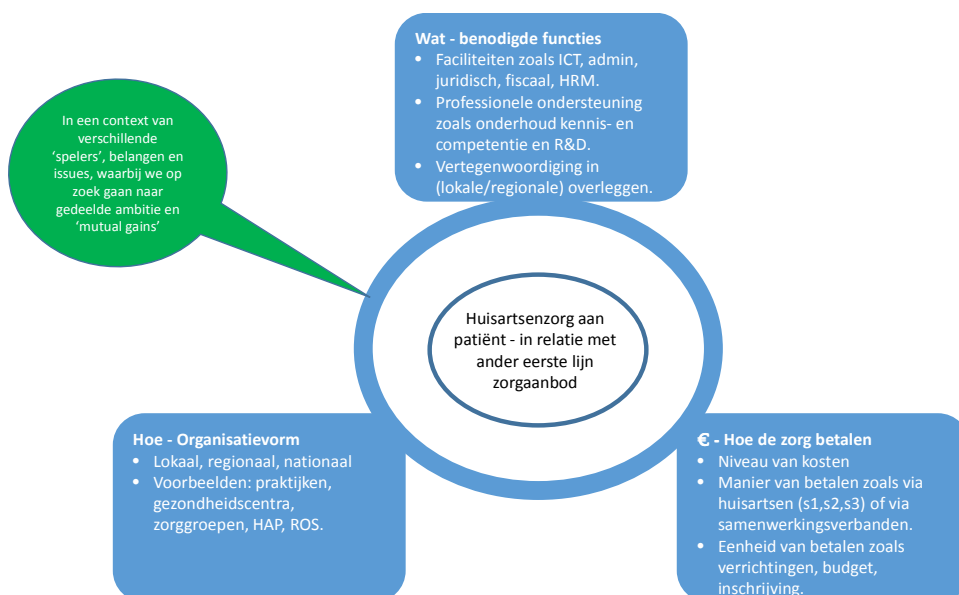
6.1 PLAN VAN AANPAK

Het voor het onderzoek opgestelde plan van aanpak bestaat uit 6 elementen:

1. Allereerst is de opdracht in samenwerking met de opdrachtgever aangescherpt en zijn afspraken gemaakt over de uitvoering van de opdracht.
2. Vervolgens is nagegaan welke functies O&I moet leveren, met welke manieren van samenwerken en organiseren de functies geleverd moeten worden en hoe de functies bekostigd zijn. Deze analyse is uitgevoerd voor de huidige situatie en voor de gewenste situatie van een versterkte eerste lijn.
3. Omdat het vraagstuk zich afspeelt in een complex speelveld met veel spelers en belangen zijn we systematisch met sleutelspelers in gesprek gegaan om de in de literatuur gevonden functies te toetsen, mogelijke samenwerkingsvormen en bekostigingsmogelijkheden te bespreken en om de gedeelde ambitie, belangen en issues te achterhalen.

Figuur 16 geeft de inhoudelijke aanpak van element 2 en 3 uit het plan van aanpak systematisch weer.

Figuur 16: Schematisch model voor onderzoek naar O&I voor samenwerking van huisartsenzorg vanuit de eerste lijn.



4. In de volgende fase zijn de eerste bevindingen uit het literatuuronderzoek en de interviews gedeeld met een expertgroep en een klankbordgroep (zie bijlage 3 voor deelnemers aan deze eerste werkconferentie). Tijdens de bijeenkomsten met deze groepen zijn in verschillende werksessies principes voor goede O&I en dilemma's over de bekostiging bediscussieerd.
5. Op basis van de uitkomsten van het literatuuronderzoek en de uitkomsten van de interviews en de bijeenkomsten met de expert-, klankbord- en stuurgroep zijn richtinggevende kaders voor de door O&I te leveren functies, de manieren van samenwerken en organiseren en de bekostiging van O&I ontworpen.
6. Om het onderzoek zo goed en effectief mogelijk te laten verlopen en om de opdrachtgevers de mogelijkheid te bieden om tijdig bij te sturen, is het onderzoek begeleid door een stuurgroep bestaande uit leden van de LHV, InEen en ZN (zie bijlage 2 voor leden van de stuurgroep). In totaal is er 7 keer vergaderd met de leden van de stuurgroep. Daarnaast zijn de uitkomsten van het onderzoek gedeeld met een klankbordgroep (zie bijlage 4 voor deelnemers aan de tweede werkconferentie) om zo het rapport verder te verbeteren en handvatten te krijgen voor de aanpak bij de concretisering van de kaders.

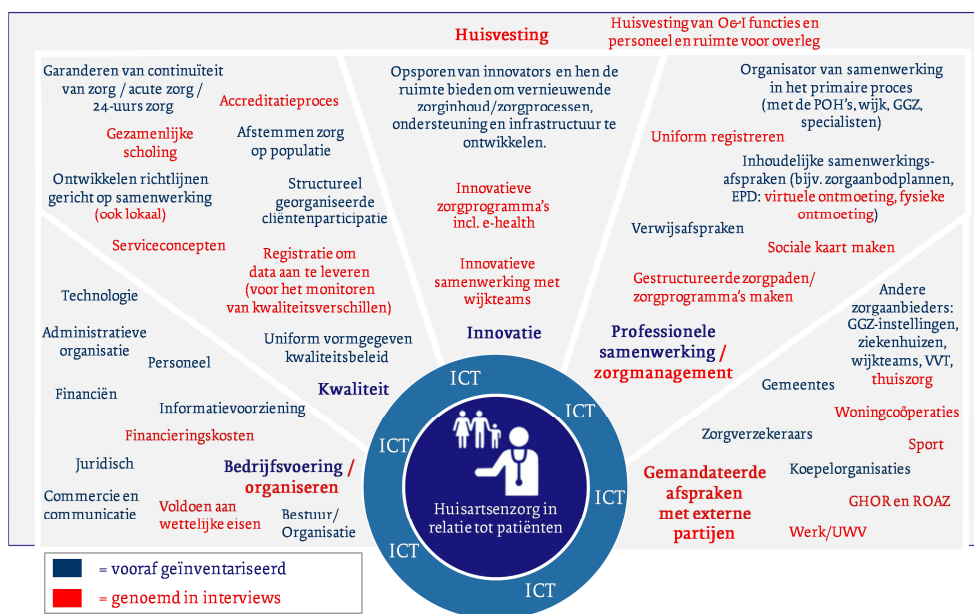
6.2 METHODEN

In het onderzoek is informatie verzameld door middel van literatuuronderzoek en interviews met diverse spelers in de eerste lijn (zie bijlage 1 voor een overzicht van geïnterviewden).

Allereerst is op basis van literatuuronderzoek en visie- en beleidsdocumenten van eerstelijnsorganisaties, zorgverzekeraars geïnterviewd welke functies nodig zijn voor de O&I van huisartsenzorg. De functies zijn verdeeld over 4 categorieën: bedrijfsvoering, kwaliteit en innovatie, professionele samenwerking en bestuurlijk overleg. Vervolgens is onderzocht wat organisatie- en samenwerkingsvormen zijn om de functies te leveren. Hierbij stond de schaal waarop iets georganiseerd kan worden centraal (per praktijk, lokaal of regionaal). Verder is op basis van jaarrekeningen van gezondheidscentra, zorggroepen en regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) een ruwe schatting gemaakt van de uitgaven aan O&I. Ten slotte is onderzocht op welke mogelijke manieren voor O&I betaald kan worden.

De functies die O&I moet leveren zijn getoetst tijdens de interviews door een 'placemat' aan geïnterviewden voor te leggen (figuur 17). Naar aanleiding van de uitkomsten uit de interviews en de eerste werkconferentie zijn functies toegevoegd, is ICT als vijfde categorie van functies toegevoegd, zijn kwaliteit en innovatie opgenomen als losse categorieën en is huisvesting opgenomen als losse categorie (deze functie viel eerst onder bedrijfsvoering).

Figuur 17: Placemat met functies voor ondersteuning en infrastructuur die is getoetst tijdens interviews (rood is toegevoegd n.a.v. de interviews).



Vervolgens zijn de mogelijke samenwerkingsvormen, de bekostigingsmogelijkheden en de gedeelde ambitie, belangen en issues aan bod gekomen tijdens de interviews.

Hierbij is gebruik gemaakt van een tweede placemat (figuur 18).

Figuur 18: Placemat met gespreksonderwerpen voor de interviews



Door de gedeelde ambitie, belangen en issues tijdens de interviews te bespreken, is geprobeerd te achterhalen hoe het speelveld functioneert, wat een mogelijke gedeelde ambitie is en wat de belangen van en issues bij betrokkenen zijn.

Op basis van de punten die in de 28 interviews genoemd werden en kennis uit de literatuur zijn in eerste instantie 10 principes voor goede O&I opgesteld. Daarnaast zijn op basis van hetgeen in de interviews genoemd werd over de bekostiging van O&I voor huisartsenzorg en kennis uit de literatuur twee belangrijke dilemma's gedefinieerd: moet O&I via de professional of via de organisatie betaald worden en moet O&I per component of gebundeld betaald worden?

De principes en dilemma's zijn allereerst besproken met een expertgroep en vervolgens tijdens een werkconferentie met een klankbordgroep (zie bijlage 3 voor deelnemers). Naar aanleiding van deze besprekingen zijn de dilemma's verder uitgewerkt. De 10 principes zijn samengebond tot 8 criteria voor goede O&I. In de eindfase van het onderzoek is de conceptrapportage gedeeld en besproken met de klankbordgroep (zie bijlage 4 voor deelnemers). Op basis hiervan is de rapportage verder verbeterd. Daarnaast zijn tijdens deze werkconferentie uitgangspunten en suggesties verzameld ten behoeve van de concretisering van de richtinggevende kaders. In deze eindversie van het rapport zijn bovendien opmerkingen die tijdens de werkconferentie zijn gemaakt, verwerkt.

Parallel aan het onderzoek heeft het Jan van Es Instituut een position paper geschreven. De centrale vraag van dit position paper is als volgt: 'Welke stappen binnen de contouren van het nieuwe bekostigingsmodel zijn nodig om populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg verder te stimuleren?'. Het position paper is opgenomen in bijlage 4.

6.3 GEGEVENS

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Om de benodigde functies, de mogelijke manieren van samenwerken en organiseren en bekostigingsmogelijkheden in kaart te brengen is gebruik gemaakt van zowel Nederlandse als buitenlandse literatuur. Visie- en beleidsdocumenten van zorgverzekeraars vormden hierbij een belangrijke bron.

Om de schattingen voor uitgaven aan O&I te onderbouwen, zijn jaarverslagen verzameld van gezondheidscentra, zorggroepen en ROS'en om de schattingen voor uitgaven aan O&I te onderbouwen. Een aanzienlijk deel van de jaarverslagen van gezondheidscentra en zorggroepen bevatte geen jaarrekening. Daarnaast gaf een deel van de op internet gepubliceerde jaarrekeningen alleen een beeld van de totale uitgaven, waardoor geen onderscheid te maken was naar uitgaven aan O&I en uitgaven aan zorg. Om desondanks een schatting van de uitgaven aan O&I mogelijk te maken, zijn bij verschillende gezondheidscentra en zorggroepen jaarrekeningen opgevraagd en zijn verschillende gesprekken gevoerd met bestuurders en financieel medewerkers van gezondheidscentra en zorggroepen. Verder hebben diverse zorgverzekeraars inzicht gegeven in hun uitgaven aan O&I.

7 OVERZICHT LITERATUUR ONDERZOEK

Er is nauwelijks onderzoek dat specifiek ingaat op welke O&I nodig is voor samenwerking vanuit huisartsenzorg. Wel komt O&I ter sprake in verschillende onderzoeken, studies en visies op integrale zorg en de ontwikkeling van eerstelijns zorg ('primary care').

Links naar publiek beschikbare bronnen zijn te vinden op de websites www.commoneye.nl (met name over samenwerking tussen organisaties) en www.sirm.nl (met name over zorginhoudelijke, strategische en reguleringsanalyses). Veel van deze bronnen bevatten zelf een overzicht van onderliggende literatuur. Zes daarvan worden hieronder bondig besproken. Bronnen van Nederlandse brancheverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheden zijn hier niet meegenomen.

7.1 CLAYTON CHRISTENSEN – THE INNOVATOR'S PRESCRIPTION

In "The innovator's prescription" van Clayton Christensen en co-auteurs⁹ wordt ingegaan op mogelijkheden voor disruptive innovation voor alle spelers in het zorgstelsel. In het algemeen stelt Christensen dat de overhead in het zorgstelsel veel lager kan worden als zorgaanbieders meer focus aanbrengen. Voor 'primary care' verwacht Christensen dat een deel van de huidige werkzaamheden van de huisarts kunnen worden uitgevoerd door verpleegkundigen. Netwerken van verpleegkundigen kunnen programmatische chronische zorg leveren en zelfstandig werkende verpleegkundigen (nurse practitioners) kunnen enkelvoudige zorgvragen behandelen voor zover die eenvoudig en eenduidig te diagnosticeren zijn. Voor primary care zien de auteurs vooral een rol bij onbegrepen klachten en (complexere) diagnostiek ('intuïtieve medicine').

Om deze veranderingen te kunnen bewerkstelligen is een omgeving nodig met de juiste infrastructuur. De belangrijkste component daarvan is een persoonlijk elektronisch zorgdossier dat door meerdere zorgverleners kan worden gebruikt.

7.2 THE KING'S FUND – CLINICAL AND SERVICE INTEGRATION

The King's Fund probeert te begrijpen hoe het gezondheidszorgsysteem in Engeland kan worden verbeterd. In 2010 publiceerde het King's Fund over integrale zorg.¹⁰ Zij concludeert dat verdere integratie van zorg en betere samenwerking tussen

⁹ "The innovator's prescription. A disruptive solution for health care"; Christensen, C. et al.; 2008.

¹⁰ "Clinical and service integration: The route to improved outcomes", The King's Fund, 2010.

verschillende zorgverleners kan bijdragen aan kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Voor huisartsenzorg zijn de conclusies over integratie op 'meso' en 'micro' niveau het meest relevant. Meso integratie levert zorg voor een specifieke patiëntengroep, zoals ouderen en chronische patiënten. Met integratie op micro niveau wordt de zorg voor specifieke patiënten beter gecoördineerd.

Voor integratie op meso niveau voor ouderenzorg blijken de volgende elementen cruciaal:

- Een 'paraplu' organisatie om de integratie op strategie, management en zorgverlening aan te sturen.
- Multidisciplinaire teams met één aanspreekpunt en gecoördineerde aanpak van zorg.
- Georganiseerde netwerken van zorgaanbieders met gestandaardiseerde verwijsprotocolen, dienstverleningsovereenkomsten, gezamenlijke training, gedeelde informatiesystemen et cetera.
- Financiële stimulans voor preventie, rehabilitatie en taakherschikking.

Aangaande integrale zorg op microniveau is het moeilijk om conclusies te trekken vanwege de grote variëteit aan programma's. Waar gesproken wordt over O&I voor samenwerken wordt vooral gewezen op het belang van goede communicatie en de essentiële rol voor IT systemen voor de coördinatie van zorg.

De auteurs wijzen erop dat enkel het vormen van organisaties voor integrale zorg niet voldoende is. Er is een daadwerkelijke verandering van de manier van werken, leiderschap en een cultuur van samenwerken nodig.

7.3 POWELL DAVIES ET AL. - COORDINATING PRIMARY HEALTH CARE

Powel Davies en co-auteurs hebben een systematische review uitgevoerd naar de termen 'integration', 'coordination', 'PHC' en 'multidisciplinary care'.¹¹ Zij hebben conclusies getrokken voor de eerstlijns zorg en identificeerden zes strategieën om de zorg te coördineren. Voor deze strategieën werd in minstens de helft van de evaluaties een verbetering van de gezondheidstoestand of patiënttevredenheid gemeten. De zes strategieën hebben betrekking op samenwerking en geven aan welke O&I daarvoor nodig is:

¹¹ "Coordinating primary health care: an analyses of the outcomes of a systematic review"; Powell Davies, G. et al.; april 2008.

- Verbeterde communicatie tussen zorgverleners, bijvoorbeeld case overleg.
- Gebruik van systemen ter ondersteuning van zorgcoördinatie, zoals gedeelde dossiers of dossier bij de patiënt, gedeelde informatie- en communicatiesystemen en een patiënten register.
- Gestructureerde overeenkomsten om de zorgverlening af te stemmen tussen zorgverleners, waaronder gecoördineerde of gezamenlijke consulten en afspraken over toegang tot andere zorg.
- Ondersteuning van zorgverleners, zoals supervisie, training, herinneringen en faciliteren van communicatie.
- Structureren van de relaties tussen zorgverleners onderling en met patiënten, bijvoorbeeld door co-locatie en multidisciplinaire teams.
- Leveren van ondersteuning voor patiënten, zoals patiënteducatie en herinneringen.

Powell Davies et al. geven aan dat betalen voor infrastructuur uit 'fee-for-services' juist samenwerken kan belemmeren, omdat het niet flexibel is. Als alternatief geven zij in overweging om meer uit te geven aan de infrastructuur voor samenwerken.

7.4 BOHMER - MANAGING THE NEW PRIMARY CARE: THE NEW SKILLS THAT WILL BE NEEDED

Bohmer, hoogleraar management aan Harvard Business School, gaat in op nieuwe vaardigheden die primary care zorgverleners nodig hebben.¹² Daar kunnen ook lessen voor de benodigde infrastructuur uit getrokken worden. Bohmer baseert zijn inventarisatie van benodigde vaardigheden op de veranderingen in de zorg (figuur 19). Hij brengt in kaart wat de karakteristieken van primary care nu en in de toekomst zijn voor principes, organisatie, operationele tactiek en management. Het uitgangspunt daarvoor is dat er een transitie gaande is van een 'reactief' model waar huisartsen zorg verlenen nadat een patiënt ziek is geworden, naar een model waar geprobeerd wordt om gezondheid van patiënten te managen.

¹² "Managing The New Primary Care: The New Skills That Will Be Needed", Bohmer, 2010.

Figuur 19: Veranderingen in 'primary care' die vragen om nieuwe vaardigheden.

	Traditional primary care	New models of primary care
Principles	<ul style="list-style-type: none"> • Reactive and episodic care • Full range of services 	<ul style="list-style-type: none"> • Outreach • Bundled care • Coordination/navigation • Education/empowerment
Organization	<ul style="list-style-type: none"> • Single care platform • Physician centered • Autonomous • Single payment model 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple, coexisting care platforms • Team centered • Potentially contracted to multiple providers • Multiple payment models for different aspects of Care
Tactics	<ul style="list-style-type: none"> • Most needs met during visit with individual doctor 	<ul style="list-style-type: none"> • Group meetings • Self-help tools • Outbound phone calling • Referral management • Electronic health record • At-risk lists
Management	<ul style="list-style-type: none"> • Few staff, mostly doctors, nurses, and receptionists • Practice management focus mostly on payroll, billing, and collections • Low cost structure (small office, paper record, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Increased staff numbers and professional diversity • Larger capital investments • Greater focus on aggregate data collection and analysis • Multiple processes

Bron: "Managing The New Primary Care: The New Skills That Will Be Needed"; Bohmer, R. M. J.; 2010.

Hieruit concludeert Bohmer dat de volgende nieuwe vaardigheden nodig zijn: operationeel ontwerp, data management, HRM, aansturen van teams, financiën, onderhandelen en conflicten oplossen, allocatie van middelen, innovatie en prestatieverbetering. Bohmer geeft overigens aan dat een groot deel van de benodigde managementcapaciteit kan worden ingevuld door artsen. Daarvoor is aandacht voor de benodigde vaardigheden in de opleiding nodig. Bovendien moeten artsen ook voor deze werkzaamheden worden vergoed.

7.5 KODNER – ALL TOGETHER NOW: A CONCEPTUAL EXPLORATION OF INTEGRATED CARE

Kodner gaat in op 'integrated care'.¹³ Hij geeft aan dat dit geen vastomlijnd begrip is en verkent de definities, concepten, logica en methoden van integrale zorg. Daarbij komt ook O&I van samenwerken zijdelings ter sprake.

In de VS en het VK wordt integrale zorg geleverd vanuit grote netwerken. De O&I voor samenwerken is dan onderdeel van een dergelijke organisatie. Netwerken kennen grote verschillen in doelen, centralisatie van management, mate van controle en complexiteit.

Kodner beschrijft methodes en manieren van leveren van integrale zorg in vijf categoriën: financiering, administratief, organisatie, 'service delivery' en 'clinical' (de zorginhoudelijke component). Voor O&I zijn organisatie en service delivery het meest relevant. Kodner noemt daar de volgende onderdelen:

¹³ "All together now: A conceptual framework exploration of integrated care"; Kodner, D.; 2009.

- Organisatie: gedeelde locatie, afspraken over ontslag en overdracht van patiënten, gedeelde planning en budgettering, nauwe samenwerken of contracteren, gezamenlijk gemanagete programma's, strategische allianties en eventueel consolidatie of gedeeld eigenaarschap.
- Service delivery: gezamenlijke training, gecentraliseerde informatieve, intake en verwijzing, case en disease management, inderdisciplinair teamwork, volledige (24/7) beschikbaarheid, geïntegreerde IT-systemen.

Ook waar Kodner andere aspecten van integrale zorg bespreekt, noemt hij gedeelde IT-systemen.

7.6 SUTER ET AL. – TEN KEY PRINCIPLES FOR SUCCESSFUL HEALTH SYSTEMS INTEGRATION

Suter et al. hebben tien principes voor succesvolle integrale gezondheidszorg beschreven¹⁴. Vier daarvan zijn direct relevant voor O&I voor samenwerken vanuit huisartsenzorg:

- Gestandaardiseerde zorgverlening door interprofessionele teams met duidelijk afgesproken rollen en verantwoordelijkheden voor de teamleden en gedeelde protocollen. De teamleden hebben ieder hun eigen professionele verantwoordelijkheid. Gebruik van IT systemen faciliteert effectieve communicatie.
- IT-systemen maken leveren van integrale zorg mogelijk. Elektronische gezondheidsdossiers verbinden zorgconsumenten, -verleners en -betalers.
- Governance structuren die samenwerken bevorderen zijn nodig voor de diverse vormen van samenwerken. De governance moet rekening houden met alle verschillende belanghebbenden. De complexiteit van zorg, ook vanwege de prikkels die volgen uit de betaalsystemen, maakt het nodig dat verantwoordelijkheden en verantwoording goed zijn belegd.
- Betrokkenheid van artsen, zodat er draagvlak blijft bestaan voor samenwerken aan integrale zorg. Er kan het beste gebruik gemaakt worden van bestaande netwerken, samenwerkingsverbanden; formeel of informeel.

De andere principes hebben meer te maken met het leveren en managen van de huisartsenzorgeenheid of het zorgstelsel en in mindere mate met samenwerken. Dat zijn: alomvattende zorg, patiëntgerichtheid, geografische spreiding, performance management, cultuur en leiderschap in organisaties.

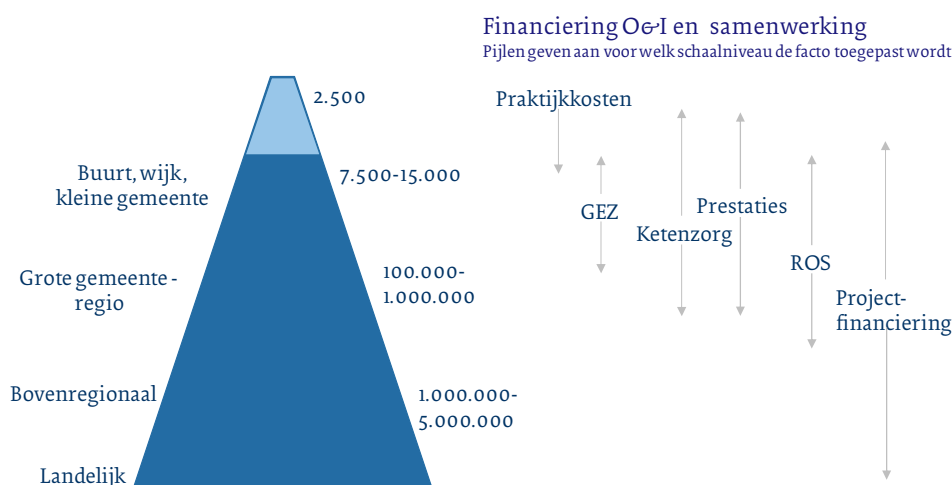
¹⁴ "Ten key principles for successful health systems integration"; Suter, E. et al., 2009.

8 EEN RAAMWERK VOOR SCHAAL VAN ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR

De schaal van de samenwerking is ook een belangrijk vraagstuk in het organiseren van O&I. Er is gevraagd om daar in het onderzoek uitspraken over te doen. In dit hoofdstuk bieden we een raamwerk. De optimale schaal van O&I is lastig vast te stellen, omdat het optimum afhangt van het perspectief dat gekozen wordt. In essentie kunnen we een aantal schaalniveaus onderscheiden. Er is voor gekozen de huisartseneenheid als kleinste schaalniveau van samenwerking en voor O&I te onderkennen. Daar werken een aantal huisartsen en eventueel andere disciplines samen in een eenheid. Het schaalniveau is 7.500 -15.000 verzekeerden. Dit is in lijn met de visie van NHG/ LHV. De samenwerking vindt plaats op buurt- of wijkniveau, maar kan voor kleinere gemeentes op gemeenteniveau plaatsvinden. Een schaalniveau hoger is het niveau van een regio of een grote gemeente. Dit kan lopen van 100.000 (bijvoorbeeld Zeeuws-Vlaanderen) tot wel 1.000.000 inwoners (Amsterdam e.o.). Daarenboven is nog bovenregionale samenwerking mogelijk. Er zijn organisaties die bovenregionaal voor verschillende zorggroepen werken, facilitaire diensten leveren, huisartsenposten organiseren etc. en zo via huisartsen meer dan een miljoen patiënten bedienen. Tot slot is er landelijke samenwerking, in bijvoorbeeld InEen en de NHG, maar ook ten behoeve van een gemeenschappelijke ICT-infrastructuur en op het gebied van onderzoek en innovatie.

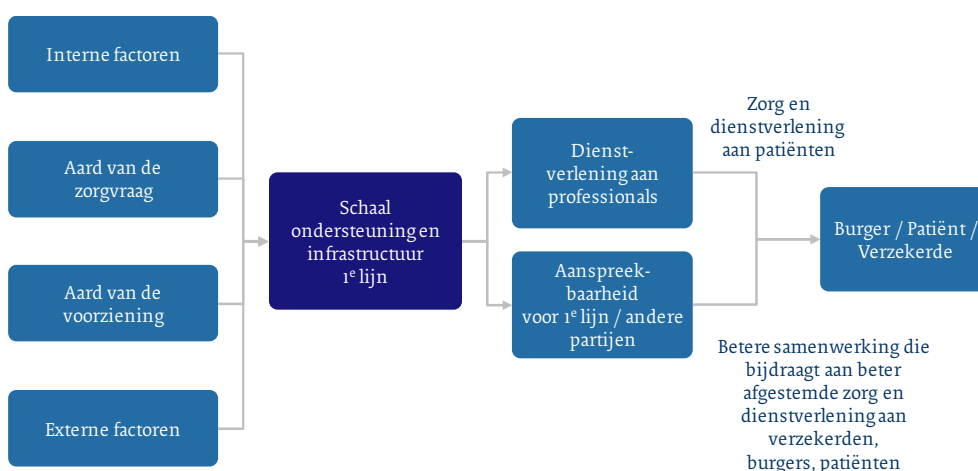
In figuur 20 hebben we de verschillende schaalniveaus schematisch weergegeven. Daarbij hebben we tevens aangegeven welke bronnen van financiering op dit moment gebruikt worden om de functies te financieren. Globaal is aangegeven welke bronnen op welk schaalniveau worden 'ingezet'.

Figuur 20: Schaalniveaus van samenwerking en hun huidige bronnen van financiering



Voor een systematische afweging van de passende schaal voor O&I worden schaalbepalende factoren besproken, zoals die volgen uit onderzoek, publicaties en analyses op dit gebied.^{15 16 17 18} De schaalbepalende factoren worden vervolgens vergeleken met de componenten van O&I. Dit levert overigens geen eenduidige antwoorden over een optimaal schaalniveau. Uiteindelijk is de populatie waarvoor gewerkt wordt bepalend. Professionals werken voor die populatie en maken afspraken over samenwerking. Daar moet O&I aan bijdragen. Vervolgens wordt de schaal van die O&I bepaald door vier schaalbepalende factoren (figuur 21).

Figuur 21: Factoren die optimale schaal voor O&I beïnvloeden.



¹⁵ "Van optimale schaalgrootte naar legitieme schaalgrootte. Een analyse van het publieke debat over schaalgrootte in de zorg"; Postma, J., Putters, K. en Bovenkamp, H. v.d.; 2012.

¹⁶ "Opzoek naar de heilige schaal", Lucide, 2013.

¹⁷ "Schaalvergroting door samenwerking"; Broekema, M., Essen, S. van en Ophij, W.; 2007.

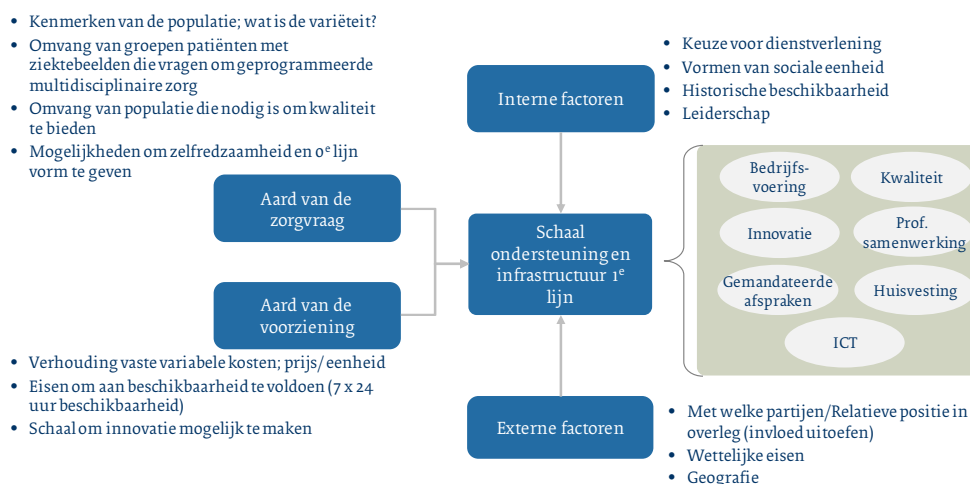
¹⁸ "Omgaan met Meerschalligheid"; Ophij, W.; 2013.

De optimale schaal hangt af van vier factoren:

1. Aard van de zorgvraag, waar O&I ondersteuning voor biedt.
2. Externe factoren, zoals geografie en opgelegde wet- en regelgeving.
3. Interne factoren, zoals leiderschap en reeds bestaande samenwerkingsverbanden.
4. Aard van de voorziening, zoals de grootte van de benodigde investeringen en de eventuele voor- en nadelen van schaal.

In figuur 22 zijn deze factoren schematisch weergegeven. Daarbij is benoemd waaruit de factoren opgebouwd zijn.

Figuur 22: Opbouw van factoren die optimale schaal voor O&I beïnvloeden.



8.1 AARD VAN DE ZORGVRAAG

De aard van de zorgvraag bepaalt in belangrijke mate een minimale schaal voor O&I. Kwaliteit vraagt in toenemende mate om specialisatie en specialisatie vraagt om schaal. Als er zorginhoudelijk gezien een specialistische functie nodig is (gespecialiseerde verpleegkundigen, specialisatie van professionals) of als er bepaalde voorzieningen nodig zijn om die zorg te leveren (bijvoorbeeld beeldvormende apparatuur, dialyseapparatuur), dan kan dat mede bepalend zijn voor de schaal. Om een goed uitgelijnd diabetes zorgprogramma of CVRM programma te kunnen ontwikkelen, operationaliseren en feitelijk te leveren, is een bepaald aantal patiënten gewenst en dat aantal kan per zorgprogramma verschillen.

8.2 AARD VAN DE VOORZIENING

De aard van de voorziening, ofwel de inherente kenmerken van de O&I functie, bepaalt mede de schaal. De volgende twee factoren zijn daarbij van belang:

1. Verhouding vaste en variabele kosten: prijs/ eenheid. Naarmate de vaste kosten van een voorziening hoger zijn, is een grotere schaal rendabeler, omdat daarmee de vaste kosten over een groter aantal gedeeld kan worden. Het gaat dan ook om een goede bezettingsgraad van die voorzieningen. O&I met hoge vaste kosten vraagt een grotere schaal dan O&I met voornamelijk variabele kosten.
2. Eisen omtrent beschikbaarheid. Voor sommige O&I is hoge beschikbaarheid nodig en zijn voldoende mensen nodig om die beschikbaarheid waar te maken. Voorbeelden daarvan zijn ANW-diensten en acute zorg (dit vormt geen onderdeel van het onderzoek, maar bepaalt wel mede de schaal, en is illustratief voor deze schaalbepalende factor). Afhankelijk van het aantal mensen dat nodig is en de voorzieningen die daarvoor nodig zijn, kan de optimale schaal groter zijn.

8.3 EXTERNE FACTOREN

Externe factoren zijn omgevingsfactoren die niet of zeer moeilijk zijn te beïnvloeden vanuit de eerste lijn, maar die wel mede de schaal voor O&I bepalen. Er worden hier vier factoren onderscheiden:

1. Eisen en (wettelijke) regeldruk. Verschillende partijen leggen eisen en regels op aan de huisartsenzorg. Daaronder vallen bijvoorbeeld het bijhouden van de regels, het goed verantwoorden naar verschillende verzekeraars, de IGZ, certificerings- en accrediteringsorganisaties en het leveren van informatie. Er is gespecialiseerde capaciteit nodig om aan die regel- en verantwoordingsdruk te voldoen. Niet voldoen aan de regels kan grote gevolgen hebben voor de contractering. Over het algemeen leidt meer regeldruk tot een grotere schaal. Dit geldt met name als de regels complex, specialistisch en niet geharmoniseerd zijn.
2. Grootte en aard van de gemeente(n). De problematiek en dynamiek in de vier grote gemeenten is anders dan de problematiek en dynamiek in de G30 gemeenten (groteweg meer dan 100.000 inwoners) en verschilt ook weer van de problematiek en dynamiek in de kleinere gemeentes en gemeenschappen. Zo is er een andere politieke dynamiek om tot afspraken te komen, verschilt de variëteit van de populatie binnen gemeenten en zijn de zorgvoorzieningen qua aard (verdeling en afstand tot academische ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, basisziekenhuizen) verschillend. Ook is de aard en positie van

de huisarts verschillend. In kleinere gemeenschappen en gemeentes vervult de huisarts (en zijn georganiseerde verband) een sleutelrol in de zorg, ook richting bijvoorbeeld apothekers, fysiotherapeuten, psychologen en thuiszorg. In grote steden organiseren huisartsen zich meer in gezondheidscentra. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door de aard van de gezondheidsproblematiek, maar ook door huisvestingskosten. De coördinatie met andere zorgverleners wordt dan gedaan door het gezondheidscentrum of het georganiseerde verband van gezondheidscentra en in mindere mate door de individuele huisarts. In de G30 gemeenten zien we over het algemeen een geprofessionaliseerde gemeente, een zorgverzekeraar die groot belang heeft bij die gemeente en vaak een topklinisch ziekenhuis dat een belangrijke rol speelt. Dat heeft allemaal invloed op de schaal van O&I.

3. Geografie. Vaak blijken ook andere geografische factoren een rol te spelen bij de keuze voor schaal. Het kan gaan om gemeente- of provinciegrenzen. Ook kan het gaan om culturele grenzen. Zo blijkt er in Zuid-Limburg een cultureel verschil te bestaan tussen de omgeving Maastricht, de omgeving Heerlen (Parkstad) en de omgeving van de westelijke mijnstreek (Sittard, Geleen). Ook de loop van de rivier (bijvoorbeeld boven en onder de Merwede bij Gorinchem) kan een schaalbepalende factor zijn. Verder speelt mee of een gebied een krimp- of groeiregio is. Dit leidt niet direct tot een afweging qua schaal, maar blijkt in de praktijk wel een belangrijke factor.
4. Relatieve positie in overleg. Naarmate de partijen waarmee huisartsen afspraken moeten maken groter zijn, vraagt dit ook een grotere schaal van het samenwerkingsverband van huisartsenzorg. Grote GGZ- en thuiszorginstellingen willen bijvoorbeeld niet met alle huisartsen in een gebied overleggen, maar verlangen één aanspreekpunt. De aard en omvang van partijen waarmee afspraken gemaakt moeten worden is dus mede bepalend voor de schaal. Naarmate partijen waarmee afspraken gemaakt moeten worden groter zijn, vraagt dat ook een grotere schaal van O&I om efficiënt afspraken te maken. Bovendien wensen huisartsen dat er een balans is in de machtsverhoudingen. Dat kan ook een reden zijn om samen te werken op een grotere schaal.

8.4 INTERNE FACTOREN

Interne factoren, zoals de beschikbaarheid van een organisatie of een enthousiasmerende huisarts die veel bestuurlijke taken op zich neemt, kunnen de optimale schaal en organisatievorm beïnvloeden. Factoren die daarbij een rol spelen zijn:

1. Historische beschikbaarheid. In het land hebben zich al veel lokale, regionale en bovenregionale samenwerkingsverbanden gevormd, zoals koepels van

geïntegreerde gezondheidscentra, zorggroepen, HAP'.s, enzovoorts Dit heeft geleid tot zowel sociale als organisatorische verbanden en ontwikkeling van een variëteit aan goed, maar ook minder goed, functionerende O&I. In de gesprekken konden zowel aanbieders als verzekeraars vrij snel de goed functionerende O&I samenwerkingsverbanden benoemen en deze blijken grotendeels overeen te komen. Het is zaak optimaal gebruik te maken van de schaal van goed functionerende O&I samenwerkingsverbanden.

2. Leiderschap. In alle gesprekken en tijdens de werkconferentie werd het belang van verbindend leiderschap genoemd om O&I op een adequate schaal te organiseren. Verbindend leiderschap vraagt inzicht in de materie, goede aansluiting en verbinding met de professionals en goede inhoudelijke kennis van de terreinen van O&I. Daarnaast vraagt verbindend leiderschap organisatietalent dat nodig is om de terreinen van O&I goed te organiseren. Naarmate dit leiderschap meer beschikbaar is in een regio wordt het beter mogelijk O&I op adequate schaal te organiseren. Bovendien is een zekere omvang nodig om het werk interessant genoeg te maken om goed leiderschap aan te trekken en te behouden. Waar het leiderschap ontbreekt, is een te grote schaal risicovol.
3. Vormen van sociale eenheid. Naarmate mensen elkaar beter kennen, meer onderling contact hebben of meer binding hebben in sociale zin is minder bureaucratische afstemming nodig. Er kan dan beter gebruik gemaakt worden van de sociale mechanismen. De ervaring leert dat in professionele contexten afhaakgedrag plaatsvindt als mensen elkaar minder goed persoonlijk kennen of wanneer de groep te groot wordt. Over het algemeen kan gesteld worden dat een lokaal team niet groter mag zijn dan 15 à 20 personen. Als een team groter wordt, zijn meer bureaucratische mechanismen nodig. Bovenlokaal wordt in de interviews gesteld dat het ook nodig is dat professionals elkaar kennen. Hier is nog weinig onderzoek naar verricht. Het bepaalt echter mede welke O&I bovenregionaal georganiseerd kan worden. Daar waar persoonlijke betrokkenheid van professionals niet van belang is, is dit geen schaalbepalende factor.

8.5 MEERSCHALIG ORGANISEREN

We hebben de factoren geïdentificeerd die bepalend zijn voor de schaalgrootte van O&I. Daarbij is schaal zeker geen doel op zich, maar moet de schaal dienend zijn aan professionals die werken voor een populatie en moet de schaal helpen om goede en effectieve afspraken te maken met partijen die een bijdrage leveren aan de zorg en gezondheid van die populatie. Het gaat bij het toevoegen van waarde voor patiënten steeds minder om het bezitten van middelen (en dus schaal), maar meer om aandacht, competenties, kennis, relaties en afstemming.

Er kunnen goede redenen zijn om O&I op grotere schaal te organiseren, zo blijkt uit de schaalbepalende factoren. De samenwerkingsvraag blijft echter ook na schaalvergroting nog altijd actueel. Hierbij wordt bedoeld op de samenwerking tussen verschillende aanbieders in de eerste lijn en tweede lijn, als huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere werkers in de wijk, medisch specialisten en gemeenten en op de samenwerking met patiënten en cliënten en hun vertegenwoordigers. Naarmate O&I op grotere schaal georganiseerd is, kan dat de samenwerking en betrokkenheid verminderen.

Er is niet één optimale schaal, maar er is altijd sprake van meerschalligheid. Professionals, bestuur en toezicht van de O&I aanbiedende organisaties zullen samen met verzekeraars die meerschalligheid moeten leren hanteren. De bestuurlijke opgave is om goede keuzes te maken over schaal en samenwerking en zo nodig zal dat schaalvergroting betekenen. Maar dat betekent altijd óók samenwerken. Dat 'dansen tussen de schalen' is de opdracht waar professionals, bestuurders en verzekeraars voor staan.