



Transmurale integratie : fusie in de verticale keten

Samenvattend

Op basis van historische en vooral horizontale integraties, bepleit ik vanaf nu zowel uit optiek van concentratie van ziekenhuiszorg, als uit transmurale optiek, voor integratie van V&V functies en Ziekenhuisfuncties in een regio. Alhoewel dat niet perse in een fusie hoeft, lijkt een fusiemodel als meest effectief wel voor de hand te liggen. De huisartsen met een “zorgpoort” functie voor de regio kunnen hierbij een aparte en onafhankelijke rol te blijven spelen.

Horizontale concentraties

De concentratietrend, ik schreef er al eerder over, is sterk op dit moment. Oncologische zorg wordt op basis van kwaliteitswensen meer en meer geconcentreerd. Uvit pleit voor concentratie van SEH's. Apothekers lopen tegen een te kleine schaal aan en moeten wat. Huisartsen werken steeds meer samen en de groei van de HAP's de laatste jaren is opmerkelijk. Menzis richt zich op geïntegreerde “eerstelijnscentra”.

In de jaren hiervoor was er al een sterke concentratie van zorgverzekeraars (er zijn nog vier grote en een reeks kleinere). Mede als antwoord daarop (“countervailing power”), maar ook uit algemene schaaloptimalisering, vonden er veel horizontale fusies plaats in met name de AWBZ. Dit betreft met name de V&V (thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen). Dit heeft onder meer geleid tot zeer grote V&V concentraties (bv. Espria [met Eveen ZorgGroep], Careyn, en een mislukt Mea Vita). Ziekenhuisfusies waren er al en zijn ook nu nog aan de orde van de dag.

In de jaren '90 dwong de overheid in de AWBZ horizontale fusies in de AWBZ (m.n. thuiszorg) af. Daarna werden diezelfde organisaties weer “uitgekleed” (WMO, Jeugdgezondheidszorg), hetgeen weer leidde tot genoemde V&V conglomeraten. Nu dat allemaal gebeurd is, vgl. ook het onderwijs, wil diezelfde overheid geen horizontale fusies in de zorgsector, met name niet in de AWBZ. Ziekenhuisfusies worden (nog) niet echt belemmerd. De NMa heeft een merkwaardig beleid in het wel toelaten (tot nu toe) van grote concentraties van zorgverzekeraars. Tegelijkertijd worden horizontale fusies in de zorglevering, tot op dorps- en streekniveau¹, belemmerd. Dit geeft een disbalans in de machtsverhoudingen in een sector, die grotendeels al markt is, met nu vooral dominerende zorgverzekeraars.

Transmurale zorg

“Trend” in de signalering van knelpunten door de overheid liggen, naast een anti-fusiebeleid, nu met name op het vlak “tussen” de 1^e en 2^e lijnsinstellingen onderling, en met (en onderling tussen) professionals. Die “transmurale” problematiek wordt overigens in de sector zelf ook onderkend.

¹ Zie ook de NMa en de V&V resp. ACTIZ. De leden wezen een “deal” sectorbreed met de NMa af. Er zal op instellingsniveau gestreden worden, al kwam onlangs de NMa met een “toets”lijstje. Juridisch is de vraag of het NMa beleid houdbaar is, door juist de concurrentiebeperking die haar beleid realiseert. Strijden op instellingsniveau is dan ook aanbevolen.



Als voorbeelden zijn hier te noemen : zeer recent de bevallingszorg, de medicatie-overdracht (zie de recente stukken daarover van VWS en IGZ), de in- en doorstroom tussen extra- en intramuraal, de instroom in de HAP's en/of de SEH's. Als deel "oplossing" wordt hier overigens het EPD gepresenteerd, dat ten onrechte wordt gezien als een nieuw smeermiddel in de overdracht, terwijl het onderliggende belangen- en cultuurprobleem hierbij niet wordt onderkend². Het EPD is er niet³ en zal er mijns inziens ook niet komen. Vergelijkbaar met het laatste is de verplichte medicatie-overdracht richtlijnen per 1-1-2011, terwijl er geen EVS is (had in 2003 opgeleverd moeten worden). Omdat tot op regio-niveau er sprake is van juist de-concentraties als het om verticale structuren gaat, is er in die "verticaliteit" veel problematiek te vinden. Wel heeft Menzis bv. een sterk eerstelijnsbeleid, gericht op integratie van zorg op basis van *distributie* door die eerste lijn.

De overheid, politiek als normalisatie-instituut

Een typisch Nederlands verschijnsel is het "gelijkheidsbeginsel". Elders is dat breder beschreven⁴, maar in het kort komt het neer op beleid waarbij differentiatie in ondernemerschap in de zorg wordt ontmoedigd. Alle zorgleveranciers moeten "hetzelfde" doen. Dit sluit niet alleen slecht aan bij (positief) marktdenken, maar is ook dodelijk voor innovatieve oplossingen.

Twee voorbeelden : DSW-Verzekeringen wil met het Vlietlandziekenhuis in een soort HMO model werken. Dit is terstond verboden, terwijl het nieuwe inzichten in oplossingen kan opleveren.

In een aantal regio's is een uitstekende oplossing gevonden in de spoedzorg, door integratie van HAP's en SEH's (bv. Pantein). De NZa schiet de hier creatieve oplossingen, onder meer in de complexe tariefstructuur, onmiddellijk af.

Bestuur en politiek in Nederland gedragen zich als een KEMA normalisatie-instituut, wat erg slecht is voor het beter functioneren van de zorg. Er is zo geen ruimte voor gedifferentieerde en innovatieve oplossingen in de zorg.

Het antwoord hierop van leveranciers kan overigens eenvoudig zijn⁵: het niet consistente overheidsbeleid op veel beleidsterreinen is met creativiteit, die ook van zorgondernemers verwacht mag worden, vaak eenvoudig te ontwijken. Eventuele strijd is op instellingsniveau met de NZa's en NMa's te voeren.

Of anders gezegd : we moeten in de zorg uitgaan van de macro gegevens (geld) en op instellings-, professionals, en samenwerkingsniveaus de eigen nuttige oplossingen vinden en realiseren, geheel los van op meso/micro niveau inconsistent overheidsbeleid.

² Zie ook eerder Blogs hier over het EPD, en het recentelijk verschenen onderzoek van mw. B. Pluut. "Het L-EPD als Blackbox", <http://ow.ly/3iHeO>

³ De recente voortgangsrapportage 3^e kwartaal EPD laat geen voortgang zien en verwijst naar de toekomst. Slechts 14% van de huisartsen is aangesloten.

⁴ Zie o.m. ZNetwork, nr. 5, 2010, W. Huppel, "De Heilige Geest", <http://ow.ly/3iFi2>

⁵ Zie ook het Blog alhier, "Marktwerking, gewoon doen", <http://ow.ly/3iFiN>



Oplossing van de transmurale problematiek

Samenvattend

De wat lange inleiding, maar nodig als historisch en belendend perspectief, samenvattend:

- Concentratie in de zorg is trend, als het om (deel)producten van de zorg gaat
- Maar : horizontale fusies worden belemmerd, al worden de ziekenhuizen daarin ontzien
- Alom wordt geconstateerd, dat de transmurale problematiek, nu als één van de kernproblemen in de zorg geldt
- De overheid is een anti katalysator in de zorgvernieuwing en moet met creativiteit ontweken worden.

Verticale integratie(s) op regio niveau als oplossing

Fusies zijn niet per definitie een antwoord op transmurale problemen. Niet-fusies zijn dat overigens ook niet. Omdat transmurale problematiek zich afspeelt bij verschillende actoren in het (regionale) zorgveld, en bovendien belangen hierin een rol spelen², zijn knelpunten vaak blijvend.

In het kader van concentratietendenzen (bv. oncologie) kunnen horizontale fusies tussen ziekenhuizen een beter functioneren opleveren door herverdeling van te concentreren specialismen⁶.

Schaalvergroting door fusies kan ook bureaucratiserend werken, resp. de afstand tussen beslissers en uitvoering vergroten. Dit is op te lossen, dat geldt voor alle fusies – ook de horizontale, door schaalvergroting⁷ hand in hand te laten gaan met schaalverkleining. Anders gezegd : meer bestuurlijke eenheid op topniveau, meer eigen verantwoordelijkheid op uitvoeringsniveau. Per saldo heeft dit ook als effect, dat het aantal managementlagen als resultante hiervan *verminderd* wordt.

Met deze “gegevens” pleit ik als (een) oplossing voor de liggende transmurale problematiek voor *verticale integratie(s) op regio niveau*. Regio-afhankelijk (hoe zit de regio actueel in elkaar) levert dat verschillende modellen op.

Als voorbeeld kan Pantein gelden. In de regio Noord Oost Brabant is er sprake van een gefuseerd verband tussen het Regionale Ziekenhuis (Boxmeer), de V&V (thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen) en het Wonen gedeelte van Pantein met een Woningbouwcorporatie. Vanuit het totaal wordt waar nodig weer met derden samengewerkt uit optiek van andere concentratie-overwegingen : het ziekenhuis met het Radboud op het terrein van Oncologie, de kraamzorg (onderdeel van de Thuiszorg) door fusie met Vivent Kraamzorg uit Den Bosch. Er is geen formele integratie met huisartsen c.a. Het geheel bevordert de nu interne regionale samenhang en afspraken sterk, zich onder meer uitend in een geoptimaliseerd in- en doorstroom (substitutie) beleid.

Als tweede voorbeeld kan Menzis worden genoemd, die intensief inzet op geïntegreerde eerstelijnszorg (met een sterke functie voor de huisarts) en de daaraan te koppelen distributie naar anderen in de zorgregio.

⁶ Zie ook de herschikking in Twente tussen Hengelo, Enschede en Almelo.

⁷ Machtsvergroting naar andere marktspeelers, overheid, zorgverzekeraars.



Spelers in een zorgregio zijn grofweg : de huisartsen, 1^e lijns verloskundige zorg, de apothekers, de thuiszorg (en kraamzorg), de verzorgings- en verpleeghuizen, woningbouwcorporaties en de ziekenhuizen⁸.

Regio-afhankelijk kunnen actoren in zo'n regio kiezen voor een (fusie-)model, dat nuttig is in de totale transmurale setting, maar ook maakbaar is rekening houdend met het aantal betrokkenen. Het zal hierin zelden zo zijn, dat alle actoren tegelijkertijd in dezelfde richting willen. Dat laatste is ook niet aan te bevelen. Teveel bestuurlijke drukte aan één onderhandelingstafel levert meestal geen echt resultaat op. Maar meestal "sorteert" het zich vanzelf wel op basis van de visies van enkelen of sommigen in een regio en ontstaan er "natuurlijke"allianties.

Zonder er aan af te doen, dat het in sommige regio's wel kan, lijkt het afzonderlijk en 'bijzonder' houden van de huisartsenzorg⁹, met al toenemende taken als "zorgpoort"¹⁰, en een versterking van hun distributiefunctie, voor de hand te liggen. Zie ook hier de aanpak van Menzis als genoemd. Ook uit optiek van "onafhankelijkheid" in de totale zorgpoort-functie, kan juist het "apart" blijven nuttig zijn . Separaat kunnen er wel ontwikkelingen zijn in de samenwerking/integratie van HAP's en SEH's.

Blijven de "instellingen" (inclusief de daarbinnen werkende professionals) over. Kraamzorg is uit optiek van een al afzonderlijk schaalvergroot product vaak al gefuseerd met andere regio's, en valt daardoor wat buiten het geheel.

Grofweg blijven dan de instellingen over, zoals die in het model "Pantein" zijn genoemd : de V&V instellingen (thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen), de ziekenhuizen, en eventueel het wonen en daarbij de wat buiten de zorg staande Woningbouwcorporatie(s).

*

In veel regio's, en hiermee kom ik dichtbij een (start)model voor integratie van transmurale zorg in de regio, is sprake van twee al deels geïntegreerde functies : de V&V zorg en de Ziekenhuizen.

De Raad van Bestuur van het Koningin Beatrix ziekenhuis in Winterswijk, dhr. Janssen, sprong recent over zijn eigen schaduw door voor te stellen, mede op basis van de concentratietrend en –noodzaak, tot één Ziekenhuis in de Achterhoek te komen.

Voor veel regio's kan naar mijn mening hier als basismodel gelden dat twee doelen worden gecombineerd:

- De noodzaak tot concentratie van Ziekenhuiszorg, resp. onderdelen/specialismen daarvan
- Transmurale integratie door het bij elkaar brengen van de V&V zorg en de Ziekenhuiszorg.

⁸ De GGZ laat ik hier even buiten, alhoewel hier samenwerking met meerderen ook voor de hand ligt. Maar de eigen dynamiek (GGZ, vrijevestigden, gedeeltelijke DBC's en gedeeltelijk ABWZ) maakt dat de GGZ het erg druk met zichzelf heeft.

⁹ En hiermee ook de verloskundige zorg, waarbij er dan wel de noodzaak is voor hechtere afspraken met de 2^e lijns bevallingszorg. Verder vooralsnog ook de apothekers met een heel eigen functie in het totaal, ook met veel eigen dynamiek op dit moment.

¹⁰ "Zorgpoort" klinkt wat positiever als "poortwachter".



Dit leidt dan tot één geïntegreerde aanpak van de V&V en Ziekenhuiszorg, met als voordelen al eerder genoemd : zowel concentratie van ziekenhuisfuncties (als er meerdere ziekenhuizen zijn), als verbeterde transmurale aansluiting, resp. verbeterde in- en doorstroom of substitutie.

Verder voordeel is, dat deze ene geïntegreerde functie, vervolgens weer beter afspraken kan maken met andere spelers als bv. de huisartsen en de verloskundige zorg.

Hier spreek ik over een “geïntegreerde functie”. Transmurale integratie hoeft niet per definitie met een fusie, er zijn ook andere modellen. Desalniettemin, zeker bij meerdere ziekenhuizen in een regio, is er sprake van optimaliteit als het wel in een fusievorm kan, mits daarbij weer schaalvergroting én schaalverkleining hand in hand gaan. Bovendien zijn er bij een “fusie-aanpak” ook weer verschillende vormen van fusie mogelijk.

Aan deze keuze zit nog een extra voordeel : fuserende ziekenhuizen alleen hebben locatiegebonden belangen. Op het moment dat de (hele) V&V functie ook meedoet neemt de locatie als “belang” af en kan de V&V een smeermiddel in de samenwerking zijn.

Samenvattend

Op basis van historische en vooral horizontale integraties, bepleit ik zowel uit optiek van concentratie van ziekenhuiszorg als uit transmurale optiek voor integratie van V&V functies en Ziekenhuisfuncties. Alhoewel dat niet perse in een fusie hoeft, lijkt een fusiemodel als meest effectief wel voor de hand te liggen. De huisartsen met een “zorgpoort” functie voor de regio kunnen hierbij een aparte en onafhankelijke rol te blijven spelen, al wordt integratie daarmee ook niet uitgesloten. Het is onverstandig in samenwerkingsmodellen teveel spelers ineens aan tafel te hebben. De V&V en Ziekenhuizen als start zijn al meer dan voldoende. Vanuit die nieuwe entiteit is het vervolgens makkelijker afspraken te maken met anderen in de regio.

H. (Hildebrand) van Weerd

ZorgImpact, © 2-12-2010