

 **NIVEL**  
**bibliotheek**  
drieharingstraat 26  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

"GROEPSPRAKTIJKEN"

DE ORGANISATIE, BOUW EN FINAN-  
CIERING VAN GROEPSPRAKTIJKEN

 **NIVEL**  
**bibliotheek**  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
T 030 2 729 614/615  
F 030 2 729 729

door

DR. R.A. DE WIDT

(3e herziene druk)

1974

Prijs f 7,-

Uitgave van het Nederlands Huisartsen Instituut  
Mariahoek 4 te Utrecht Tel. 030 - 31 99 46



## VOORWOORD.

De eerste brochure "Groepspraktijken" van de hand van Ir. C. de Wit en ondergetekende verscheen in 1971 en was in ruim één jaar uitverkocht. Een tweede druk was begin 1973 gereed maar reeds na een jaar bleek het nodig een derde druk op stapel te zetten.

Door het vrij beperkt houden van de oplage is het mogelijk telkens de nieuwste ontwikkelingen in de tekst te verwerken. Dit is ook met betrekking tot deze derde druk gebeurd en gaarne spreek ik de hoop uit dat ook deze zijn weg naar de lezers wel weer zal vinden.

Uiteraard zijn de vernieuwingen mede ontstaan door gedachtenwisseling met anderen.

Dr. R.A. de Widt.



## INHOUDSOPGAVE

|                                                             | BLZ. |
|-------------------------------------------------------------|------|
| I. DE ONTWIKKELING VAN DE GROEPSPRAKTIJK IN NEDERLAND . . . | 1    |
| II. HET INITIATIEF . . . . .                                | 3    |
| III. OVERLEG EN ORIËNTATIE . . . . .                        | 5    |
| IV. DE ORGANISATIE . . . . .                                | 9    |
| V. DE POSITIE VAN DE DOKTERSASSISTENTES . . . . .           | 15   |
| VI. DE BOUW . . . . .                                       | 20   |
| VII. DE FINANCIERING VAN GROEPSPRAKTIJKEN . . . . .         | 29   |
| VIII. DE JURIDISCHE VORMGEVING . . . . .                    | 33   |
| BIJLAGE I . . . . .                                         | 36   |



## I. ONTWIKKELING VAN DE GROEPSPRAKTIJK IN NEDERLAND.

Op een in 1962 bij Philips in Eindhoven gehouden NHG-conferentie was men zeker geïnteresseerd in het verschijnsel groepspraktijk als zodanig. Men zag het zinvolle van een dergelijke samenwerking in, maar betrok dit nog niet op de eigen situatie.

In 1964 startten echter in Dronten (O-Flevoland) de huisartsen een praktijkvorm in de experimentele situatie van de nieuwe polder, die men naar werkwijze bezien niet anders dan als een groepspraktijk beschouwen kon. De drie artsengingen werken vanuit een gezondheidscentrum en zij organiseerden hun werk gezamenlijk. Met de wijkzusters en apotheker voerden ze een gezamenlijk beleid.

Begin 1966 op een groepspraktijkdag van het N.H.I. te Utrecht bleek de belangstelling onverwacht groot. Enkele der aanwezigen bleken reeds met pogingen bezig tot de vorming van een groepspraktijk te komen. De stemming op deze dag was veel enthousiaster en minder afwachtend dan in 1962 tijdens de bijeenkomst in Eindhoven.

Inmiddels worstelden enkele kleine groepjes van pioniers verder. Mede doordat in een aantal gevallen een subsidie werd verstrekt door het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid en door het Preventiefonds konden enkele projecten worden gerealiseerd. Niet onvermeld mag blijven dat buiten deze centraal gesubsidieerde gevallen ook enkele groeperingen met weinig hulp en ten koste van niet geringe eigen offers hun plannen doorzetten.

Toen dan ook in 1970 de afdeling Voorlichting van het N.H.I. in februari wederom een congres over dit onderwerp organiseerde, waar ca. 250 belangstellenden aanwezig waren, kon reeds sprake zijn van een inbreng van een eigen prille ervaring van een aantal deelnemers.

In 1971 werd door het N.H.I. een kleinere conferentie georganiseerd waarin de relaties binnen de groep centraal stonden en men ten dele reeds uit eigen ervaring kon putten.

In 1972 werd een werkconferentie georganiseerd waarvan de deelnemers ruwweg voor 1/3 bestonden uit huisartsen, verder voor 1/3 uit maatschappelijk werkers en 1/3 uit wijkverpleegster. Dit laatste signaleert dat, alhoewel het eerste experiment in Dronten reeds interdisciplinair van opzet was, de laatste paar jaar duidelijk een toenemende belangstelling voor projecten waarbij de samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn voorop staat, te constateren valt. Structureel en financieel is het echter veel eenvoudiger een groepspraktijk van beperkte omvang te realiseren.

In 1973 werd een congres georganiseerd over de samenwerking tussen huisarts en doktersassistente. Hierbij werd ook aandacht besteed aan het verschil in positie van de assistente als zij werkt in een groepspraktijk in vergelijking met de klassieke solo-situatie. Het bleek op de conferentie duidelijk dat in verschillende groepen het belang van goede werkafspraken met de assistentes vrij vaak was onderschat.



Aan het slot van deze brochure hebben wij in een bijlage de stand van zaken van eind 1973 opgenomen, althans voor zover de gegevens van het N.H.I. toereikend zijn. Volledigheidshalve zij vermeld dat groepen van 2 huisartsen met een eigen apart groepspraktijkgebouw -zogenaamde mini groepspraktijken- hierin niet zijn opgenomen, wel de zgn. gezondheidscentra.

Wat betreft de indeling is dus als criterium de huisvesting gehanteerd. Er zijn diverse groepspraktijken zowel van 3 als van 2 artsen die wel een of andere vorm van samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn kennen, een samenwerking die vrij goed doortimmerd kan zijn; maar dat geldt ook voor diverse groepen niet centraal gehuisveste huisartsen.



## II. HET INITIATIEF.

Onder een groepspraktijk verstaan wij in dit kader een samenwerkingsvorm van twee, drie of meer huisartsen, waarbij men ernaar streeft de huisartsgeneeskunde in samenwerking te beoefenen echter met behoud van een primaire verantwoordelijkheid voor eigen patiëntenkring. Hiermee is die figuur bedoeld waarbij iedere patiënt zijn eigen huisarts heeft, maar waarbij ook de andere artsen van de groepspraktijk zich voor haar of hem inzetten. Dit is een andere conceptie dan de situatie waarbij men uitgaat van één huisartsenpraktijk waarin twee of meer artsen werken en de patiënt dus meerdere huisartsen heeft. Wij achten de laatste vorm minder gewenst vanwege het gevaar van onpersoonlijkheid in de benadering.

Het tweede belangrijke criterium waaraan moet zijn voldaan is dat de praktijkvoering geschiedt vanuit één specifiek voor dit doel gebouwd of verbouwd praktijkpand. In het algemeen houden we ons hier bezig met de problematiek van de groepen van drie of meer huisartsen.

In de praktijk kunnen wij t.a.v. het initiatief vaak een drietal mogelijkheden onderscheiden en dat zijn dan grosso modo de volgende:

Het initiatief om te komen tot een groepspraktijk gaat uit van een solo-arts met een naar zijn mening te grote work-load en met de behoefte blijvend meer en intensiever met één (of meer) beroepsgenoot (oten) te overleggen etc.

Het ligt dan voor de hand te komen tot de vorming van een 2-mans maatschap (associatie) en als men dan een collega heeft gevonden waarmee men met succes in zee lijkt te kunnen gaan en men besluit niet te werken vanuit het praktijkhuis van de eerst gevestigde collega, maar een apart pied à terre te stichten dan is de kleinst mogelijke groepspraktijk ontstaan.

Dat één praktijk een redelijke living kan bieden aan 3 huisartsen komt praktisch niet voor, wél dat in een sterk expanderende plaats een uitgroei tot een praktijk voor drie of vier direct kan worden gepland en ook op korte termijn gerealiseerd. Soms kan ook tegelijkertijd een praktijk worden overgenomen waarmee de bestaansbasis wordt verbreed. In het bovenstaande is er dus duidelijk één initiator die uitkijkt naar gelijk gestemde zielen.

Een andere mogelijkheid is dat zich onder enkele collegae een ontwikkeling voordoet die leidt tot steeds intensievere kontakten, meer overleg en beter begrip, dusdanig dat men op een zeker moment besluit samen praktijk te gaan doen vanuit een daartoe geëigend bedrijfspand. De oorsprong kan zijn: een studiegroep van het N.H.G. een groep met een gemeenschappelijke week-end regeling en vakantie-regeling, een gezamenlijke belangstelling voor de opleiding van a.s. huisartsen etc. Alhoewel er wel misschien verschil is in enthousiasme, doorzettingsvermogen e.d. zou het toch niet juist zijn hier van één initiator te spreken.

Zonder te streven naar volledigheid noemen wij tenslotte de gevallen waarin een groep jonge artsen, ten dele misschien nog niet afgestudeerd, besluit zich als team te vestigen in een bepaalde nieuw te bouwen



wijk<sup>1)</sup>). Ook kan het zijn dat men met zijn tweeën besluit één grote praktijk over te nemen en de zaak voort te zetten als groepspraktijk. Men zou in principe dit ook met drie collegae kunnen effectueren, maar praktijken van een dergelijke omvang worden er zelden ter overname aangeboden. Neemt men b.v. een praktijk met 5000 zielen over met zijn drieën, dan zullen er goede groeikansen moeten zijn.

Natuurlijk kan het initiatief waarover hier gesproken wordt ook van instanties buiten de beroepsgroep uitgaan. Dat initiatief zal dan echter in het algemeen op het tot stand komen van interdisciplinaire samenwerking gericht zijn.

1) Een beschrijving van een dergelijke ontwikkeling vindt men in het artikel van schrijver dezes: "De wordingsgeschiedenis van een groepspraktijk"; gepubliceerd in Med. Contact 1972, 36: 951.



### III. OVERLEG EN ORIENTATIE.

Het is voor de partijen die de mogelijkheden om te komen tot realisatie van een groepspraktijk nagaan, van belang zich te realiseren wat men zoekt in deze vorm van praktijkuitoefening en waarom men juist deze vorm boven andere prefereert. De motieven kunnen van velerlei aard zijn.

Wij noemen de volgende:

1. de wens te komen tot betere huisvesting,
2. het streven naar meer efficiëncy,
3. het streven naar opheffing van het traditionele isolement,
4. het maken van een aanzet van een geïntegreerde zorg in de eerste lijn, etc.

De wensen en verlangens van de geïnteresseerden dienen duidelijk ge-expliciteerd te worden, zodat kan blijken of het mogelijk is e.e.a. onder de noemer van een gezamenlijke doelstelling te brengen.

In de praktijk is het wel eens zo dat een groot gevoel voor collegialiteit of een zekere schroom, vooral materiële belangen bij hun naam te noemen dan wel de aarzeling de belangen en interessen van de meewerkende vrouw ter sprake te brengen ertoe leiden, dat te veel, voor het welslagen belangrijke punten, onder tafel blijven. Uit onderzoek blijkt echter dat juist een zakelijke aanpak van de problematiek, een zekere ondernemersmentaliteit de grootste waarborg is om op redelijke termijn tot resultaten te komen<sup>2)</sup>.

Voor deze zakelijke aanpak moeten soms eerste de voorwaarden worden geschapen. Het kan daarom zeker zinvol zijn de hulp van een deskundige buitenstaander in te roepen om gezamenlijk te exploreren wat nu precies de motieven zijn om aan besprekingen over een groepspraktijk te gaan deelnemen.

Ook het inventariseren en bespreekbaar maken van relationele problemen die men op ziet dagen zoals: de rol van de initiator, hiervoor reeds genoemd, in de collegiaal ingestelde groep, het realiteits gehalte van de beeldvorming over en weer, de positie van de artsenvrouwen in het gezin na de totstandkoming van de groepspraktijk, zijn zaken die agogische begeleiding zeer waardevol kunnen maken.

In de praktijk blijkt men zich vaak een vrij grote vrijheid te veroorloven om zich tegenover te uiten relationele en soms nauw daarmee verweven werkproblemen. Het tot stand komen van verhoudingen die dit ook onderling mogelijk maken kan een vrij moeizaam proces zijn.

Voorwaarde voor een situatie waarin men "tot zaken kan komen" is dat eerst klaarheid is geschapen op de zoëven aangeduide terreinen met een sterk emotionale lading.

Terugkomend op het verschil in doelstelling illustreren wij dit als volgt: het is voor een wat ouder wordende huisarts met grote praktijk een volstrekt honorabel motief om het plan voor een groepspraktijk vooral te ondersteunen met het oog op de taakverlichting die hij verwacht van de samenwerking met één of twee jonge energieke collegae. In het bedrijfsleven wordt al geruime tijd gesproken over de wenselijk-

2) Zie hiervoor "Invloeden bij de vorming van groepspraktijken c.q. gezondheidscentra" door M.N. van Siegenbeek van Heukelom - de Boer e.a. N.H.I. No.4, blz. 8 en 9.



heid van een vloeiende overgang bij het bereiken van de pensioenge-rechtigde leeftijd. Waarom zou dit niet even urgent zijn voor het veel-eisend beroep van huisarts.

Anderzijds is het zeer wel mogelijk dat een jonge geïnteresseerde collega juist allerlei nieuwe activiteiten wil entameren en lijken zijn plannen alleen realiseerbaar bij een volledige inzet van alle betrokkenen en de opoffering van veel vrije tijd. Het spreekt vanzelf dat een dergelijk verschil in doelstelling tot moeilijkheden kan leiden. In elk geval dient e.e.a. terdege besproken te worden.

Ook tot dit terrein behoort de acceptatie van een zeker verschil in werkwijze, terwijl men het over zaken, die de a.s. team-leden als fundamenteel ervaren, toch eens moet zijn.

Hierbij gaat het dan om de opvattingen over de inhoud van het beroep als zodanig en het spreekt vanzelf, dat de meningen hierover ook van groot belang zijn voor het formuleren van een voor alle teamleden aanvaardbare doelstelling.

De opvattingen over het functioneren van de huisarts in onze maatschappij, de ideeën over de relatie patiënt-arts dienen in zekere mate te harmoniëren.

Het is van belang dat er een zekere eenheid is in ethisch opzicht althans voor zover zulks voor de beroepsuitoefening relevant is.

Bij wijze van voorbeeld: het is van belang dat de teamgenoten ongeveer gelijke ideeën hebben over het verstrekken van anti-conceptiva aan scholieren en andere minderjarigen.

De kans op conflicten is groot als de een meent dat de huisarts duidelijk een actief-signalerende rol heeft als het gaat om de gevaren die vanuit een vervuילend milieu voortkomen; de ander een duidelijk passief afwachtend standpunt inneemt en zich beperkt tot hulpverlening aan het individu sec.

Overleg is nodig over het al dan niet direct politiek bezig zijn in de gemeenschap, bijv. in de rol van raadslid en dergelijke.

Uit het lid zijn van een team vloeit automatisch voort een zekere verantwoordelijkheid in zijn doen en laten tegenover de groep. Dit geldt zelfs voor activiteiten buiten de strikt medische setting.

Wij noemden al de positie van de doktersvrouw en eventueel de assistente. In economisch opzicht heeft de huisarts meestal een gezinsbedrijf waarin zijn echtgenote een belangrijke rol speelt, soms ook een assistente aanwezig is en een enkele maal de kinderen bij het aannemen van de telefoon e.d. wel hand- en spandiensten verrichten.

Bij het samenvoegen van bijv. drie van deze "bedrijffjes" is er in feite sprake van een fusie en dan zijn uiteraard alle medewerkers van de partij, ook de vrouwen en ook de assistentes.

Wat de doktersvrouw betreft kan een onderscheid worden gemaakt tussen de echtgenote die ook arts is en een eigen praktijk heeft, de vrouw die bijv. de administratie voert of meehelpt bij het bestieren van de apotheek en bijv. de doktersvrouw die eigenlijk alleen in noodgevallen bijspringt, maar verder de assistentie aan één of meer assistentes overlaat.

In het eerste geval lijkt het zinvol de echtgenote als zelfstandige collega bij alle fusiebesprekingen te betrekken. Zoals eigenlijk van-



zelf spreekt figureert zij dan ook bij het maatschapscontract als zelfstandige contracterende partij. Is de praktijk van beperkte omvang, dan kan daar bij de winstverdeling rekening mee worden gehouden.

De rol die de echtgenote niet-arts speelt in het praktijkgebeuren kan uiterst belangrijk zijn. Zo zijn er bijv. artsen die praktisch het gehele financiële beleid aan hun vrouw overlaten.

De vraag is of het zinvol is dat in het groepspraktijkgebouw de vrouwen van de artsen dan mee blijven functioneren. Financieel kan dit wellicht aantrekkelijk zijn, functioneel kunnen bezwaren worden genoemd. De collega van de man wiens vrouw het hele financiële beleid voerde zal het misschien helemaal niet prettig vinden als die vrouw in de maatschap ook deze functie zou ambiëren!

Gesteld dat één vrouw wel wil en kan assisteren in de groep, maar de twee andere vrouwen willen of kunnen niet, bijv. omdat de één een andere betrekking die aansluit bij haar opleiding interessanter vindt en de andere te veel zorg moet geven aan het gezin. Een echtgenote is dan opgenomen in de inner circle van het wel en wee van de groepspraktijk, de andere twee niet. Dat kan spanningen geven, die in en buiten de groep niet tot een redelijke oplossing kunnen komen.

Ook de verhouding tot jongere, maar beter opgeleide en/of voor hun taak berekende assistentes kan oorzaak zijn van disharmonie binnen het team van de groepspraktijk.

Kortom: alhoewel wij de mogelijkheid van een oplossing niet uitsluiten, neigen wij er toch toe de voorkeur te geven aan een groepspraktijk zonder mede assisterende echtgenotes.

Voor het geval dat de betrokken doktersvrouwen weinig bij het praktijkgebeuren betrokken zijn, blijft er toch nog het belangrijke feit bestaan dat de totstandkoming van een groepspraktijk betekent dat ze hun man minder vaak zullen zien en wellicht ook minder direct met hem mee zullen leven. Het gezinsleven verandert aanmerkelijk van karakter en dat moet voor alle betrokkenen acceptabel zijn.

Bevorderend voor het leren werken in team-verband is het creëren van een zekere taakverdeling t.a.v. de problemen die zich in de oriëntatie-fase voordoen.

Hierbij gaat het er om een werkwijze te vinden waarbij men als groep gezamenlijk de uiteindelijke zeggenschap behoudt en -als keerzijde van de medaille- de verantwoordelijkheid deelt, terwijl individueel toch door de leden een aantal zaken worden uitgeplozen en geregeld.

Dit kan door een logische fasering, waardoor afwisselend individueel en in groepsverband aan een bepaald probleem wordt gewerkt, bijvoorbeeld dat van de onderlinge financiële verhouding.

Het stellen en formuleren van het probleem (de aard van de financiële relatie tussen leden) is een groepszaak.

Het verzamelen van gegevens, literatuur, het raadplegen van collegae in soortgelijke groepen kan het werk zijn van één van de teamleden.

Het bespreken van zijn bevindingen en zonodig herformuleren van het probleem is een groepszaak.

Het vervolgens kiezen uit de aangeboden alternatieven evenzeer.



Het uitwerken in samenwerking in dit geval met een jurist van de gekozen oplossing kan weer aan een team-lid worden overgelaten. Tenslotte moeten alle groepsleden weer hun handtekening zetten onder het contract.

Zeer belangrijk bij al deze zaken is bij dezen de planning in de tijd vooral voor artsen die vaak sterker zijn in het improviseren dan in het denken op de wat langere termijn. (Wij komen hier nader op terug.)

Hiervoor is sprake geweest van een associatie. Het is gebruikelijk bij de tweemans-associatie te voorzien in een kennismakingsperiode, die voorafgaat aan de vaste termijn van 3 à 5 jaar gedurende welke het contract onopzegbaar is. Voor groepspraktijken zal het vaak 5 jaar zijn, waarbij de opzeggende partij zijn praktijk aan de blijver(s) moet aanbieden. Dat geeft dus meer binding.

Zelfs al is de voorbereiding zo zorgvuldig mogelijk geschied met inschakeling van alle noodzakelijke deskundigen, dan nog zal het samen functioneren toch nog weer anders ervaren worden dan men zich voor ogen had gesteld. Dat is de reden van het instellen van deze proefperiode.

Als men gemeenschappelijk een nieuw pand bouwt voor de groep, dan betekent dit dat er zo'n sterke financiële band wordt geschapen, dat het dan nog laten ingaan van een proefperiode geen zin meer heeft.

Aangezien wij er in principe voor geporteerd zijn dat de samenwerking, alvorens hij in een wat meer definitieve vorm wordt gegoten, eerst enige tijd in de praktijk wordt beproefd, zal dat dus anders moeten worden georganiseerd. In het geval van de arts met de te drukke praktijk die gaat associëren, bijv. zo dat toch eerst een half jaar door beiden de praktijk nog wordt gedaan vanuit het bestaande praktijkpand en dat pas daarna de beslissing t.a.v. de gemeenschappelijke bouw definitief wordt genomen. Wij komen op deze materie nader terug in de laatste paragraaf van deze publicatie.



#### IV. DE ORGANISATIE.

Elke groep van zelfstandige beroepsbeoefenaars heeft zijn "eigen" erecode, ook de huisartsen. Deze bepaalt binnen zeer ruime grenzen het functioneren van de betrokkenen, regelt de relaties met de collega's, maar laat t.a.v. de feitelijke praktijkvoering de solo-huisarts een enorme vrijheid. Het is onmogelijk deze vrijheid volledig te handhaven, als men doelmatig wil werken in een teamverband. Het werken in teamverband vereist tolerantie t.a.v. de opvattingen van anderen en de consequenties daarvan voor het praktijkgebeuren, terwijl anderzijds het samenwerken in één organisatie een zekere eenheid in handelwijze vereist, wil de efficiency niet te zeer in het gedrang komen. Bij het proces van het hard worden van de plannen, bij het kiezen van de middelen zal blijken dat men telkens tussen deze scilla en charibdis door moet varen. Wij illustreren dit aan de hand van enkele voorbeelden.

Gesteld men is het er over eens dat het realiseren van de mogelijkheid elkaar gemakkelijk en frequent te consulteren één van de doelstellingen is die men middels vorming van een groepspraktijk wil bereiken. De vraag is: hoe stelt men zich dat in de praktijk voor? Is dat iets dat tijdens het spreekuur kan? Ook bij drukke spreekuren waarbij men zich aan de gemaakte afspraken moet houden? Het impliceert dan wel dat men tegelijk spreekuur houdt en niet afwisselend. (Het laatste is noodzakelijk als men gemeenschappelijk gebruik van spreekkamers zou wensen).

Dus de uitwerking van deze gedachten leidt ertoe dat men in het gebouw aparte spreekkamers voor alle artsen moet plannen; hoeft niet te leiden tot gelijke tijdsintervallen bij het maken van afspraken als er grote tempo-verschillen zijn; maar er moet wél speelruimte zijn om de consultatie mogelijk te maken.

Ook blijkt de noodzaak aanwezig het in algemene zin het erover eens te zijn of men überhaupt met een afspraaksprek uur wil werken en moet men tot overeenstemming komen over het al dan niet houden van een kort vrij spreekuur voor "kleinigheidjes" zulks omdat men anders de grootte van de wachtgelegenheid niet goed kan plannen en een taakomschrijving voor het hulppersoneel problemen oplevert. Daartegenover laat de instructie voor de telefoniste t.a.v. het opbellen tijdens het spreekuur een marge aan variaties toe. Als er maar duidelijke afspraken zijn gemaakt!

Een motief voor samengaan kan zijn, dat men tijdens de vervanging van weekend en vakantie beter geïnformeerd is over elkaars patiënten wat de kwaliteit van de zorg ten goede zal komen. Dit zal dan leiden tot de conclusie dat een gemeenschappelijk en uniform gebruikt kaartstelsel voor de groep het meest wenselijk is. Deze conclusie kan men ook bereiken vanuit het desideratum van een vlotte organisatie met gemeenschappelijk hulppersoneel dat weliswaar enigermate gespecialiseerd is maar elkaar toch ook moet kunnen vervangen of helpen. Dus moet men het eens worden over het soort kaartstelsel, het opbergsysteem dat kan vari-



eren van zeer duur tot heel goedkoop en over het gebruik ervan<sup>3)</sup>.

Afgezien van de verschillen in leesbaarheid wordt op de kaarten door sommigen weinig of niets aangetekend van bevindingen tijdens visites, ook al omdat men ze niet altijd meeneemt, terwijl anderen dit wel nauwgezet doen.

Er bestaan veelal ook grote verschillen t.a.v. de uitvoerigheid van de aantekeningen, de gebruikte afkortingen en het al dan niet overnemen van gegevens, uit specialistenbrieven. Men zal uit de verschillende mogelijkheden moeten kiezen teneinde een zekere standaardisatie te bereiken. Het is één ding om te zeggen "nu gaan we fijn samenwerken", het is een ander om dit in feitelijkheden om te zetten. Om te weten of men dit echt wel zo fijn zal vinden moet men zich e.e.a. in concreto voorstellen!

En passant krijgt zo de structuur steeds meer duidelijkheid en die structuur dient vrij gedetailleerd vast te staan, alvorens, het zinvol is om een schetsontwerp te laten tekenen, op basis waarvan globale kostencalculatie mogelijk is en een raming van de benodigde oppervlakte grond. Als men deze gegevens heeft is het noodzakelijk voor een redelijke prijs een terrein te vinden waarop de bouw zou kunnen plaatsvinden, waarbij het gewenst kan zijn zich d.m.v. een optie zekerheid te verschaffen. Natuurlijk kan ook het beschikbare stuk grond een gegeven zijn en dan zal het ontwerp daaraan moeten worden aangepast. Dan dient men na te gaan of het plan financieel rond te zetten is met voor alle deelnemers aanvaardbare geldelijke consequenties. Daarbij zal vaak blijken dat veranderingen van het oorspronkelijke ontwerp in de zin van vereenvoudigen vooral onvermijdelijk zijn. Ook wijzen wij hier op de financiële consequenties van de verschillende typen telefoonaansluiting voor de groepspraktijk. Sommige kleine groepen volstaan met twee buitenlijnen en een geheim nummer voor eigen uitgaand verkeer, andere veelal wat grotere hebben een eigen centrale. Het verschil kan vele duizenden guldens uitmaken.

Aangezien de keuze van de rechtsvorm en de soort van de contracten consequenties hebben t.a.v. de binding van de partners en ook fiscale gevolgen op hun mérites moeten worden bekeken, is het noodzakelijk op dit moment én juridische én financiële deskundigen in te schakelen. De deelnemers kunnen dan de alternatieven op ruimtelijke, financiële en andere mérites beoordelen (b.v. zelf bouwen versus het huren van een etage).

Moet echter t.b.v. de realisatie van de bouw een bestemmingsplan gewijzigd worden of heeft een financier toestemming van hoger hand nodig voordat hij de gelden in feite ter beschikking kan stellen, dan heeft het echter geen zin b.v. op dat moment reeds een notaris opdracht te geven de statuten voor een te creëren B.V. op te stellen.

3) Veel praktische informatie over kaartsystemen, opberging van specialistenbrieven vindt men in de diverse N.H.I.-stencils, verkrijgbaar bij de afdeling Voorlichting, en in het boek "De praktijkvoering van de huisarts in solo- en groepspraktijk" van Dr. R.S. ten Cate e.a. Uitg. H.E. Stenfert Kroese, Leiden 1973.



Beoordeling van het wetsontwerp en de organisatie-structuur door de deskundigen, b.v. van het N.H.I., is het pas zinvol als de realisatie financieel een haalbare kaart blijkt, maar heeft weinig zin als e.e.a. reeds bestekklaar is gemaakt omdat ingrijpende wijzigingen dan niet wel mogelijk zijn.

Last but not least, wat de patiënten betreft zijn wij geporteerd voor inschakeling in een vroeg stadium. Verschillende maatregelen worden vaak mede gepland met het oog op hun belang, maar in concreto is de arts vaak slecht geïnformeerd over hun wensen (wij denken aan de verschillende manieren waarop het spreekuur kan worden georganiseerd, de oproepsystemen, de vormgeving van de wachtruimte, het al dan niet aanwezig zijn van een toilet en een garderobe etc.)

Het zou zinvol zijn van te voren te komen tot een daadwerkelijk overleg als men plannen echt op de behoefte wil afstemmen.

In het kader van de realisatie van omvangrijke plannen in het bedrijfsleven past men in dit kader wel de techniek van de zogenaamde network-planning toe. Voor de realisatie van een simpele groepspraktijk voor twee of drie artsen is dat wat overdone. Enig logisch denkwerk is voldoende. Bij het eventueel opstellen van een concreet schema zal een wat bedrijfseconomische geschoolde accountant of econoom behulpzaam kunnen zijn. Een vrij globaal model volgt hierna waarbij zij aangetekend dat er wel van enige overlapping in de fasering sprake kan zijn.



SCHEMA REALISATIE GROEPSPRAKTIJK

| Contacten met<br>Organisaties Adviseurs                                                                  |                                                           | Fasen<br>tevens taken (a.s.)-teamleden                                                                                                                                  |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| NHI (schr.informa-<br>tie bestudering li-<br>teratuur)<br>PHV (concurrentie<br>positie)<br>Ziekenfondsen |                                                           | I Initiator-huisarts (eventueel<br>groep huisartsen).<br>Inventarisatie v.d. mogelijke-<br>den, zoeken van andere geïnte-<br>resseerden.                                | 1.<br>Feed back:<br>invl. op<br>het gezins-<br>leven.        |
|                                                                                                          | Agoog<br>Andere artsen met<br>ervaring in groeps<br>werk. | II A.s. partners, echtgenote's.<br>Aftasting motieven, verwachtings<br>patronen, beeldvorming.                                                                          |                                                              |
| NHI (practische<br>informatie over<br>praktijkvoering.<br>Mening patiënten<br>horen.                     | Agoog - organisa-<br>tie adviseur                         | III Mogelijkheden van team-work<br>toetsen, intensiteit van moge-<br>lijke samenwerking vaststellen<br>aan de hand van het uitwerken<br>van de toekomstige organisatie. |                                                              |
|                                                                                                          | Agoog - organisa-<br>tie adviseur                         | IV Taakverdeling binnen de equipe<br>met rapportage in de groep etc.                                                                                                    | 2.<br>Feed back:<br>invl. op<br>het consump-<br>tief inkomen |
| Gemeente (t.a.v.<br>plaatsbepaling<br>grondprijs en fin.<br>steun).                                      | Architect                                                 | V Kostenbegroting aan de hand van<br>schetsontwerp.                                                                                                                     |                                                              |
| NHI (beoordeling<br>schetsontwerp door<br>architect eventueel<br>door org.adviseur.                      | Accountant<br>Architect                                   | VI Financiële haalbaarheid nagaan<br>in overleg met echtgenote's.Al-<br>ternatieven opstellen, kiezen,<br>financieringsplan aanvaarden.                                 |                                                              |
| Schoonheidscommis-<br>sie                                                                                | Architect                                                 | VII Geboren ontwerp moet worden goed<br>gekeurd eventueel gewijzigd.<br>Optie op grond.                                                                                 | 3.<br>Algemene<br>Evaluatie                                  |
| NHI (advies inte-<br>rieurarchitecte)<br>Assistentes raad-<br>plegen.                                    | Binnenhuisarchi-<br>tect.<br>Architect.                   | VIII Ontwerp uitwerken en detailleren<br>en bestekklaar maken.                                                                                                          |                                                              |
| LHV<br>NHI                                                                                               | Jurist<br>Notaris<br>Aannemer                             | IX Grond kopen en aanbesteden.<br>Contracten formuleren.<br>Rechtspersoon (onen) oprichten.                                                                             |                                                              |
| Patiënten<br>Collegae<br>Overheden<br>Publiciteits media                                                 | Public Relations<br>adviseur                              | X Opstelling bestelschema instru-<br>menten en meubilair.<br>Planning van de opening.<br>Drukwerk verzorgen. Eventueel<br>nieuw hulppersoneel aantrekken.               |                                                              |



### Toelichting op het "Schema Realisatie Groepspraktijk".

De fasering sluit aan bij de tekst, de inschakeling van de nodige deskundige personen en instanties vloeit hier logisch uit voort. Naar volledigheid is niet gestreefd. Zo kan men nog denken aan een bezoek aan het "Bouwcentrum" e.d.

Wat wellicht toelichting behoeft zijn de pijlen die de feed-back weer-geven.

De eerste heeft betrekking op fase III. Bedoeld is dat kan blijken dat, naarmate de plannen een vastere vorm aannemen en men zich een beeld kan gaan vormen van het feitelijk functioneren straks in de groepspraktijk, dit beeld niet strookt met de verwachtingen van één of meer van de deelnemers. Het kan bijv. duidelijk worden dat het één van de partners hoofdzakelijk gaat om meer efficiency d.m.v. betere huisvesting en betere hulpmiddelen, maar dat hij vast wil houden aan zijn "eigen" assistente als enige hulpkracht. Zien nu de anderen functionele specialisatie en pooling van de hulpkrachten als conditio sine qua non van een echte, doelmatig functionerende, groepspraktijk, dan kan dit een breekpunt worden.

De tweede pijl heeft betrekking op het feit dat op het moment van schrijven van deze publicatie het werken in een groepspraktijk vaak leidt tot hogere kosten die niet of zelden verhaald kunnen worden op betalende instanties of personen. De consequentie zal dan zijn een lager verteerbaar inkomen. Het is de vraag of dit voor alle betrokkenen aanvaardbaar is.

Trouwens al zou voor het probleem van de hogere kosten een oplossing te vinden zijn bijv. doordat de ziekenfondsen bereid worden gevonden hun deel van de extra kosten in het vergoedingen-pakket op te nemen en de honoraria die de particuliere patiënten in rekening worden gebracht worden aangepast, dan nog kan het al dan niet "poolen" van de netto inkomsten een breekpunt worden, als sommigen dit wel willen en anderen niet (men groeit hier soms in de praktijk wel naar toe). Bijv. omdat dit betekent dat het niet wel mogelijk wordt in een dergelijke constellatie tijdelijk door extra medische arbeidskeuringen bijv. het eigen inkomensniveau op een hoger niveau te brengen.

Wat tenslotte de laatste pijl betreft: Hoe goed men de planning ook verzorgt en hoe uitvoerig men ook probeert de te verwachten problemen van te voren te voorzien en een oplossing te vinden, zulks doet niets af aan het feit dat het functioneren in de praktijk toch altijd weer anders ervaren zal worden dan men het zich had voorgesteld. Deze ervaring kan door iemand, vooral bij een minder goede voorbereiding, tot een dusdanige desillusie worden dat hij (of zij) toch weer na enige tijd besluit de groep te verlaten. Dit kan in een kleine groep het einde betekenen van de groepspraktijk.

Zoals de lezer geconstateerd zal hebben is hierbij afgezien van het feit dat de idealen van de team-leden én door het interactie-proces zelve én door de invloeden van buiten af natuurlijk voortdurend aan veranderingen onderhevig zijn. Wat dat betreft is het schema vrij statisch van karakter. Het model zou om meer waarheidsgetrouw te zijn dus verder gedynamiseerd moeten worden. Wij volstaan hier met de opmerking, dat deze wijzigingen in het streef- en verwachtingspatroon voor alle



individuele teamleden niet parallel behoeven te verlopen en op zichzelf weer tot spanningen kunnen leiden.

Met name kan dit gelden ook de samenwerking onderling maar t.a.v. de verhouding met andere disciplines werkzaam in het eerste echelon.



## V. DE POSITIE VAN DE DOKTERSASSISTENTES.

In dit hoofdstuk zal het hoofdzakelijk gaan om de relaties tussen de huisartsen -als groep- en de doktersassistenten. We zullen hierbij ook nog nadrukkelijk stilstaan bij het verschil in functioneren tussen beide en, uiteraard, de aard van de tussen beide groepen bestaande relaties.

In de traditionele setting heeft de doktersassistente, voor zover aanwezig, een taken-pakket dat in belangrijke mate bepaald wordt door de interesse van de arts en door wat de doktersvrouw kan en wil doen in de praktijk. De mate van delegeren hangt primair af van hetgeen beide eerstgenoemden aan werk wensen af te stoten en secundair van de verlangens en kundigheden van de assistente, die in haar opleiding is voorbereid op een groot aantal taken van zeer verschillende aard. (Men vergelijk de lijst die de Kommissie Praktijkvoering van het N.H.G. opstelde onder het hoofd: "De taken van de doktersassistente".)

Bij een meer rationele benadering van het probleem zou men uit moeten gaan van het principe dat werk waarvoor het niet nodig is dat men een academische opleiding heeft gehad, economisch gezien, beter door andere minder dure krachten kan geschieden. Bij de delegatie moeten weer takenpakketten worden samengesteld waaraan 3 hoofdeisen kunnen worden gesteld. Wij spreken dan van functies. Ten aanzien van deze functie-opbouw moeten dus de volgende eisen gesteld worden:

- a: een dusdanige samenstelling van taken dat een redelijke mate van specialisatie met alle economische voordelen vendien aanwezig is. Ter toelichting: iemand die slechts enkele briefjes per dag behoeft te tikken zal nooit hetzelfde tempo handhaven c.q. bereiken als iemand die verscheidene uren per dag type-werk verricht; e.e.a. uitgaande van hetzelfde opleidingsniveau en dezelfde aanleg.
- b: een grote mate van monotonie, een geestdodend karakter van het werk moet worden vermeden; het werk moet op zichzelf de nodige interesse wekken. De werk-intrinsieke factor. <sup>4)</sup>
- c: er moet aansluiting zijn op een bepaalde opleiding, die in de praktijk bestaat.

Nu geeft de opleiding tot doktersassistente weliswaar een zekere mate aansluiting bij het werk in de groepspraktijk en men zou dus het karakter, de aanleg en de interesse van de assistente bepalend kunnen doen zijn voor de verschillende gespecialiseerde functies; een specialisatie die wij dus uit economische overwegingen bepleitten. Aan deze benadering zijn echter bezwaren verbonden.

De opleiding voor doktersassistente gaat uit van een betrekkelijk laag basisniveau (MAVO), is vrij kort en bestrijkt een zeer breed terrein. Het is als het ware een opleiding tot een "schaap met 5 poten". Het gevolg is een beperkte diepgang.

Wil men de voornoemde specialisatie realiseren, dan zou men uit kunnen gaan van hulpkrachten die qua opleiding (en ervaring) meer zijn gespe-

4) Daarnaast onderscheidt men werk-extrinsieke factoren welke vooral van belang zijn als men het werk zelf weinig bevredigend vindt zoals goede primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden en flatje voor de assistente e.d.



cialiseerd.

Voor het opvangen van patiënten kan men bijv. een receptioniste aantrekken uit een ziekenhuis of hotel. Voor de behandelkamer een verpleegster in dienst nemen. Voor het laboratorium, als dat wat meer inhoudt dan steriliseren en enkele eenvoudige reacties doen, kan men een laborante en voor de registratie en de boekhouding een administratieve kracht te werk stellen.

Uit het vereiste onder b. genoemd vloeit voort dat de afwisseling in het werk een pluspunt is en gezien de beperkte omvang van de doorsnee groepspraktijk is het ook een noodzaak. Men denke aan het opvangen van piekbelastingen (afgezien van het elkaar vervangen bij ziekte). We komen zo tot combinaties. Dus ontvangen van patiënten, telefoon bedienen en eenvoudig administratief werk in één functie verenigd.

Gaan we uit van bestaande praktijken, waarin reeds een assistente functioneert, die worden samengevoegd tot een groepspraktijk, dan is het doelmatig de gewenste personeelsformatie en de mate van specialisatie van te voren met de hulpkrachten te bespreken, waarbij specialisatie meer voordelen biedt naarmate de groep groter is.

Het aantrekken van personeel met een meer specifieke opleiding en ervaring versus het specialiseren op basis van de bestaande opleiding en ervaring als doktersassistente zijn dan alternatieven die ieder op hun eigen merites kunnen worden getoetst. Als het om een geheel nieuwe opzet gaat kan uiteraard dít overleg vervallen.

In het voorafgaande is gesproken over de doelmatigheid van een zekere taakverdeling bij de voorbereidingswerkzaamheden. De consequentie hiervan is dat wij ook bepleiten dat één van de artsen zich specifiek belast met de besprekingen met de assistentes, eventueel met het aantrekken van nieuwe krachten. Deze lijn doortrekkend is de consequentie dat óók als de groepspraktijk eenmaal functioneert zich één huisarts in het bijzonder met het personeelsbeleid belast. Hiermede is dan een situatie gecreëerd die gelijkenis vertoont met die in het bedrijfsleven, waar meer het inzicht rijpt dat de sociale component van het beleid, wil e.e.a. goed tot zijn recht komen, het aanstellen van een leidinggevende figuur op directie-niveau rechtvaardigt. Tevens wordt het gevaar van onduidelijkheid in de gezagsverhoudingen zoveel mogelijk vermeden.

Met betrekking tot het functioneren van het hulppersoneel is het van veel belang dat een onderscheid gemaakt kan worden tussen het functioneren als schakel tussen patiënt en arts én het werken t.b.v. de groep als zodanig.

Het is van groot belang dat de vereisten van orde en regelmaat welke voortvloeien uit de wens te komen tot een doelmatig functioneren van de groepspraktijk er niet toe leiden dat er een belangrijke verhoging ontstaat van de organisatiebarrière in het contact patiënt-huisarts. In de solo-praktijk waar een assistente werkt zal de assistente vaak de figuur zijn die de telefoon opneemt en zal zij veelal de afspraken voor het afspraaksprekeuur maken. (Is er geen assistente dan fungeert de echtgenote vaak als schakel; ook wel als zeef!) Wat dat betreft is er geen wezenlijk verschil. Wél zal het zaak zijn er op toe te zien

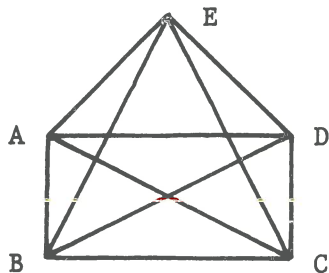


dat, als er een zekere specialisatie optreedt met betrekking tot de hulpfuncties, juist ten aanzien van de assistentes die frequent en direct in contact staan met de patiënten, goede contactuele eigenschappen een belangrijk selectie-criterium vormen. Wat dat betreft heeft de groepspraktijk duidelijk een voorsprong op de solo-praktijk omdat men dan aan de assistentes die hoofdzakelijk als receptioniste of in de behandelkamer werkzaam zijn extra hoge eisen kan stellen wat dit punt betreft. Dit is veel minder nodig voor bijv. de laborante.

Wat de plaats van de assistentes in het organisatieschema aangaat is het verder zinvol even stil te blijven staan bij het functioneren van de beleidsvormende groep -de artsen- enerzijds en de meer uitvoerende groep -de assistentes- anderzijds en de relatie tussen beide groepen.

In elke organisatie en dus ook in een groepspraktijk is het kernpunt voor het probleem van organisatie en leiding, het vaststellen wáár de beslissingscentra zijn gelegen en het onderkennen van de kanalen waarlangs de communicatie verloopt. Vandaar dat we stil moeten staan bij de relatie tussen beide groepen en de aard van hun functioneren.

Bepalen wij ons eerst tot de huisartsen. Groepsleden kunnen via verschillende netwerken met elkaar in verbinding staan. Hoewel het wetenschappelijk onderzoek over het effect van het soort van netwerk op de manieren en de snelheid waarop groepen problemen oplossen nog vrij recent is, is er toch wel iets te zeggen over de werkingsskracht van verschillende mogelijke kanaalsystemen. In een groepspraktijk van 5 collegae, waar men de tijd neemt voor de noodzakelijke stafbesprekingen zal elke arts een open tweerichtingskanaal hebben met alle anderen; schematisch als volgt weer te geven.



Sociologisch onderzoek lijkt uit te wijzen, dat als een communicatienetwerk uit aan elkaar gelijkwaardige posities bestaat en elk lid meer dan één informatiebron heeft, dit gunstig werkt op het moreel, de zelfverbetering en misschien ook de creativiteit; maar ongunstig wat betreft snelheid en controleerbaarheid. Groepsbesprekingen zuiver op basis van collegialiteit zouden dan b.v. geschikt zijn voor planning op wat langere termijn.

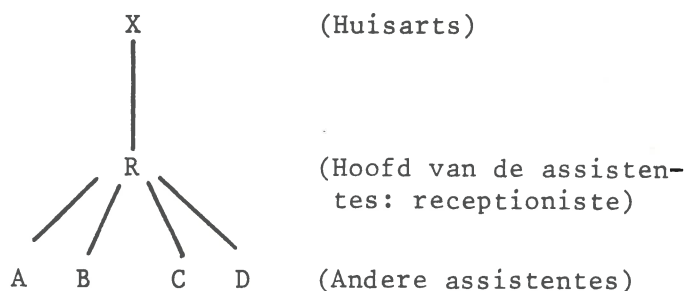
Als we in dit kader over de leiding in de huisartsengroep spreken, gaat het ons niet om een individu, maar om een functie. Wanneer de positie van de collegae huisartsen gelijkwaardig zijn, is een groepsleider iemand, die in een systeem bepaalde taken vervult. Die taken liggen in hoofdzaak op het gebied van opbouwen en regelen van de informatieverwerking en het mede hierdoor stimuleren van het probleemoplossend vermogen van de groep, of van het systeem zo U wilt. Daarnaast



is controle t.a.v. de resultaten van de actie, waartoe besloten is van groot belang. Er zullen dus besluitenlijstjes moeten komen en men moet nagaan of deze zijn uitgevoerd.

In dit verband merken wij op, dat des te kleiner de groep is, des te meer het mogelijk is te vertrouwen op een informele wijze van handelen zonder dat de doelmatigheid te zeer wordt geschaad (een van de redenen om de omvang van de groep beperkt te houden).

Aangezien er t.a.v. het werk van het hulppersoneel andere criteria van belang zijn dan voor de beslissingen waarover het in de groep huisartsen gaat, is een andere structuur gewenst. Snelheid bij de start en snelheid van werken spelen hier een grote rol. Experimentele bevindingen duiden er op dat een systeem met stervorm de voorkeur verdient. In het kader van een groep van vijf huisartsen zouden we dan het volgende schema krijgen.



Dat wij voor de receptioniste kiezen als centrale figuur, die dus hierarchisch boven de andere hulpkrachten staat, vindt zijn oorzaak in het feit, dat zij - met hulp van anderen voor drukke tijden - een zo belangrijke plaats inneemt in de organisatie als schakel in de relatie arts-patiënt en arts-buitenwereld in het algemeen. Zij zal bijv. snel moeten kunnen beslissen: is dit echt een bezoek van importantie of is dat nauwelijks het geval? Zij zal ook een hypernerveuze patiënt die zijn afspraak niet ziet nagekomen, omdat de eigen arts weg moest vanwege een spoedgeval, moeten opvangen enz. Recent onderzoek leert dat de factor arts een belangrijke invloed heeft op de samenstelling van het patiëntenbestand maar ook op de wijze waarop klachten worden gespresenteerd en op de soorten klachten waarmee men naar de dokter gaat. Door de invoeging van de factor assistente wordt dit proces nog weer extra gecompliceerd en e.e.a. moet zorgvuldig worden bekeken ook al kan er misschien van een accent verschil worden gesproken dat misschien als volgt gedefinieerd zou kunnen worden: de patiënt - arts relatie heeft als hoofdkenmerken vertrouwen en verwachting, de relatie patiënt-assistente vriendelijkheid en menselijkheid. In het contact patiënt-arts zal - zo menen wij - aan haar minder bevoegdheid kunnen worden gedelegeerd dan in het geval van andere contacten, bijv. met artsenbezoekers, met organisaties op het gebied van de gezondheid, sociaal werk etc.

Uiteraard is dit een positie, die bijzonder hoge eisen stelt t.a.v. tact en verantwoordelijkheidsgevoel. De betrokkene moet beschikken over een goede werkinstructie maar ook zuiver aanvoelen wat ze zelf kan en wanneer ze de arts - bij voorkeur de eigen arts van de patiënt - in moet schakelen. Uiteraard omdat hij met de brokken komt te zitten, als de arts-patiënt relatie ernstig wordt gestoord. De aanstelling van



iemand op deze plaats vereist dus grote zorg.

Belangrijk is in dit verband de overweging, dat de betrokken assistente een plaats inneemt, waarin zij de organisatie enigszins beheerst. In sommige opzichten beschikt zij over meer en snellere interne en ten dele ook externe informatie dan wie dan ook. Door bijv. een beetje selectief te werk te gaan met hetgeen zij doorgeeft - inkomend en uitgaand - kan ze een machtige spilpositie gaan innemen, zoals men die soms kan waarnemen bij de privésecretaresse van een directeur. Misbruik hiervan is nooit uitgesloten. Toch heeft het geen zin om van deze werkwijze af te wijken alleen vanwege dit gevaar. Anders wordt de organisatie chaotisch of amorph of, wat waarschijnlijk is, er ontstaat een informeel leiderschap en dan krijgt men onbedoeld dezelfde structuur terug. Door geregeld aanwezig te zijn bij de teambesprekingen van de artsen kan een harmonische taakvervulling worden gestimuleerd.

De plaats van de receptioniste in het gebouw dient overeen te komen met wat over de functie is gesteld. De receptioniste dient "vanzelf" de figuur te zijn, waarmee de binnenkomende patiënt het eerst contact heeft, dat hoort al bij de naam. Zij dient het gebeuren in de praktijk en in de hulpafdelingen zo goed mogelijk te kunnen overzien. De directe communicatie met de huisartsen dient door het inschakelen van de geëigende technische apparatuur perfect te zijn.

Zeer belangrijk is verder een regelmatig contact tussen alle huisartsen en alle andere medewerkers in de vorm van plenaire besprekingen, teneinde de samenwerking in de groep als geheel zo hecht mogelijk te doen zijn. Idealiter ontstaat dan een team dat de hele groepspraktijk omvat. Deze conclusie heeft consequenties wat betreft de ruimtelijke vormgeving: in het gebouw dient daarom een ruime koffiekamer aanwezig te zijn.



## VI. DE BOUW

Een belangrijk uitgangspunt bij het ontwerpen van een gebouw van een groepspraktijk is de aard van de artsen-unit. Gebruikelijk is dat men uitgaat van een spreekkamer met aangrenzende onderzoekkamer die van de corridor of hal weer gescheiden is door een kleedkamer of kleedsluis. Of die spreekkamer ruimte moet laten voor een "zithoek" is een belangrijk gegeven.

Het komt ook voor dat men de kleedkamer laat vervallen maar ook wel dat men twee kleedkamers plant of twee onderzoekkamers. Bij een normale werkwijze en een praktijkgrootte die ongeveer overeenkomt met de standaard-praktijk met 2600 zielen blijken deze laatste twee varianten echter soms duidelijk overdone.

Het belangrijkste uitgangspunt is echter wel dat de ideeën over de organisatie de basis vormen voor de ruimtelijke vormgeving. Het is daarom doelmatig aan de hand van een analyse van de geplande organisatie een programma van eisen op te stellen. Het Nederlands Huisartsen Instituut beschikt over een vragenlijst om dit vrij gedetailleerd te doen voor een groepspraktijk en vrij globaal voor een gezondheidscentrum waarvan zo'n groepspraktijk een deel kan uitmaken.

Vooraf de mate van integratie is hierbij een punt van belang waarbij we vooral denken aan de integratie van de hulpfuncties. Het is zinvol te overwegen in hoeverre bij de bouw met een toenemende integratie rekening kan worden gehouden.

Bij de vaststelling van het programma van eisen zal ook getracht moeten worden de mentaliteit van de groep te omschrijven. Karakters van groepspraktijken zullen dikwijls verschillend zijn en als het goed is is dat ook herkenbaar in de vormgeving van de huisvesting, dus het gebouw.

Aangezien de ideeën over de optimale zorg voor patiënten en samenwerking tussen huisartsen en andere daarbij betrokken werkers in de eerste lijn van de gezondheidszorg verder aan een snelle evolutie onderhevig zijn, dient verder een maximum aan flexibiliteit te worden ingebouwd. Zijn bepaalde ontwikkelingen op het moment van de bouw reeds te voorzien, dan dient daarmee uiteraard rekening te worden gehouden. (Bijvoorbeeld als de groei van de plaats in de loop van enkele jaren de overgang van een drie-mans naar een vier-mans groepspraktijk wenselijk zal maken).

Bij wijze van voorbeeld worden hier een viertal groepspraktijken uitgebeeld, ieder representant van een bepaalde filosofie. De typen zijn dan de volgende:

Type 1: Het type met de centrale dienstruimte. Daaromheen aan 2 (of 3) zijden artsen-units, door corridors gescheiden van de dienstruimte. De hulpkrachten die hier werkzaam zijn hebben de mogelijkheid elkaar op eenvoudige wijze te assisteren en te vervangen, d.m.v. het creëren van wachtnissen is het mogelijk dat de patiënten dicht bij de ingang van de spreekkamer wachten en persoonlijk kunnen worden binnen genood.

Voorbeeld: groepspraktijk te Hoensbroek deel uitmakende van een gezondheidscentrum. In dit geval is het laboratorium excentrisch gebouwd. (Het gearceerde deel is niet direct bij de huisartsen in gebruik).



Type 2: Het type met de centrale wachtruimte met artsen-units én dienstencentrum rondom. In dit geval is het mogelijk dat de artsen zelf hun patiënten uitnodigen binnen te komen. Een handelswijze waaraan sommigen de voorkeur geven, boven het gebruik maken van elektronische oproepsystemen. Zulks vanwege het meer persoonlijke karakter van de benadering, een factor die in de grote groepspraktijk wel eens wat veronachtzaamd zou kunnen worden. De afstand t.o.v. een centrale behandelkamer kan voor sommige artsen-units wel eens wat groot worden, hetgeen als een nadeel kan worden beschouwd.  
Voorbeeld van groepspraktijk met apotheek: Dalfsen.

Type 3: Centrale halruimte met aan weerszijden artsen-units, dienst ruimten e.d. voor en achter. In tegenstelling tot type 2 is de wachtruimte hier dus excentrisch gelegen. Dit kan de rust ten goede komen, maar maakt het gebruik van een elektronisch oproepsysteem voor de wachtende patiënten vrijwel onvermijdelijk.  
Voorbeeld: groepspraktijk Drachten.

Type 4: Centrale halruimte waarin geplaatst de wachtruimte met eigen begrenzing (ruimte in een ruimte).  
Dit kan ook de rust ten goede komen, doch "werkt" onplezierig en kan leiden tot terrarium-idee.  
Voorbeelden: Groepspraktijk Apeldoorn en groepspraktijk Rijssen.

#### Toelichting:

De hier gepubliceerde plattegronden hebben een verschillende schaal. In de vorm van tabel 1 hebben wij van deze groepspraktijken de belangrijkste bouwkundige en financiële kenmerken vastgelegd. Voor wat de laatste betreft is getracht door herleiding tot één basisjaar (1969) een betere vergelijkbaarheid te scheppen.

Wat betreft de functie van de verschillende vertrekken zoals aangegeven in tabel 2: deze lijst is dusdanig geconcipieerd dat hij ook voor gezondheidscentra dienst kan doen en dus ruimer van opzet dan voor het doel waarvoor hij hier gebruikt is.



TABEL 1. Vergelijking van de Stichtingskosten van enkele Groepspraktijken in Nederland.

| Plaats                   | Aantal<br>artsen | Netto op-<br>pervl. m <sup>2</sup> | Bruto op-<br>pervl. m <sup>2</sup> | Nettg opp.<br>in m <sup>2</sup> per<br>arts | Jaar v.d.<br>bouw 1) | Bouw-<br>kosten<br>4) | Bouwk. p.<br>m <sup>2</sup> bruto<br>basis 2e<br>kw. 1973 | Bouwk. per-arts<br>werkelijke<br>kosten<br>kosten | per-arts<br>kosten op ba-<br>sis 2e kw. 1973 |
|--------------------------|------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Drachten                 | 3                | 226                                | 261                                | 75                                          | 1969                 | f195000,-             | f 1120,-                                                  | f 65000,-                                         | f 97500,-                                    |
| Apeldoorn                | 5                | 277                                | 314                                | 56                                          | 1969                 | f203100,-             | f 970,-                                                   | f 40620,-                                         | f 60930,-                                    |
| Hoensbroek <sup>2)</sup> | 4                | 335                                | 412                                | 84                                          | 1969                 | f420000,-             | f 1530,-                                                  | f 83750,-                                         | f 125625,-                                   |
| Rijssen                  | 3                | 263                                | 263                                | 74                                          | 1970                 | f183900,-             | f 945,-                                                   | f 61300,-                                         | f 91950,-                                    |
| Dalfsen <sup>3)</sup>    | 4                | 408                                | 464                                | 102                                         | 1972                 | f335000,-             | f 867,-                                                   | f 83750,-                                         | f 100500,-                                   |

- 1) Bedoeld is het aantal artsen waarvoor het gebouw is gepland. Op een bepaald moment kunnen er meer of minder dan dit aantal in het gebouw werken.
- 2) Het gedeelte dat bestemd is voor de 4 huisartsen is het niet-gearceerde deel, de rest van het gebouw wordt gebruikt voor maatschappelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk.
- 3) Dit is het enige geval met een huisartsenapotheek.
- 4) De bouwkosten zijn excl. grond en inrichting, maar wel incl. c.v.v., architectenhonorarium en B.T.W.

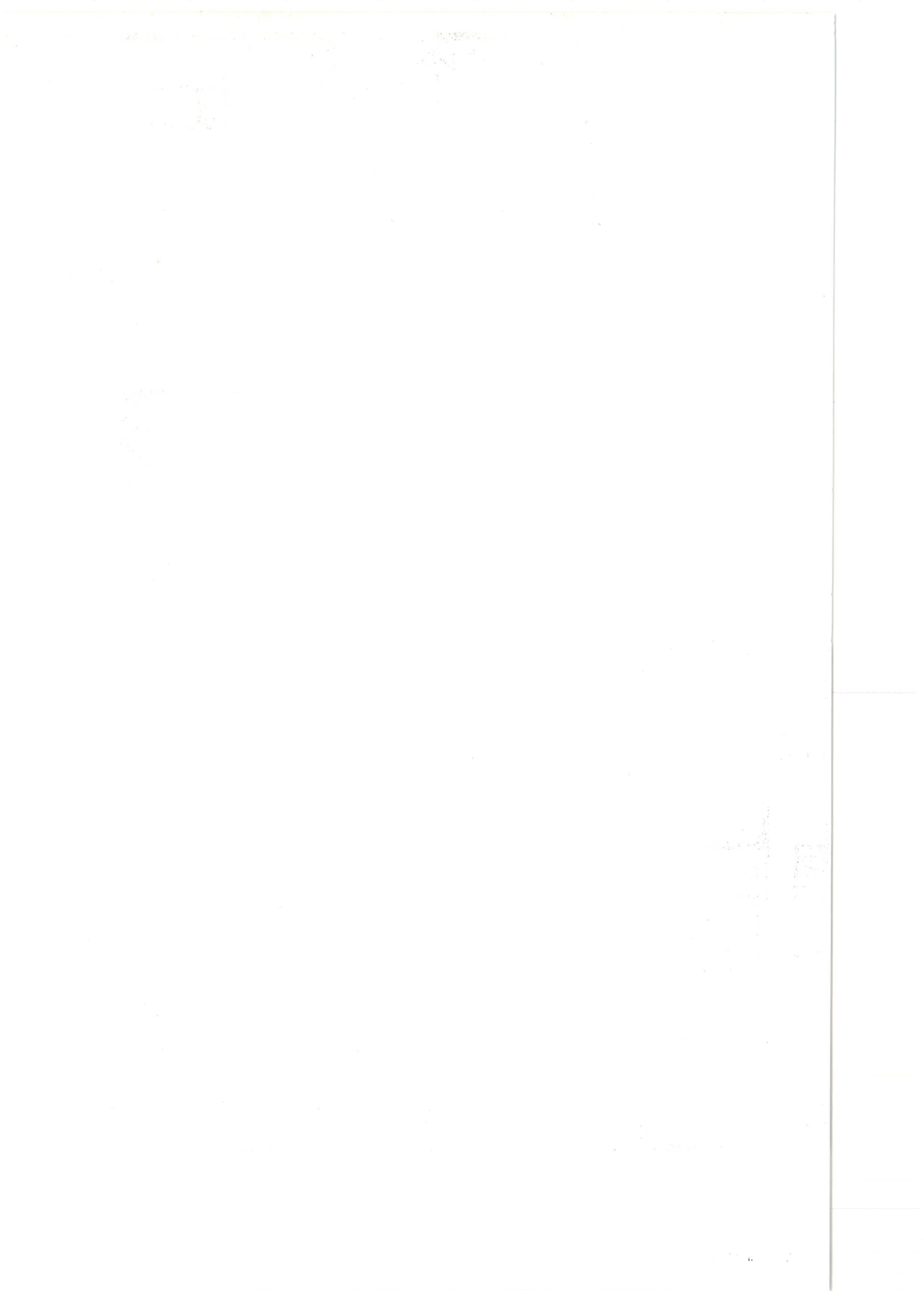


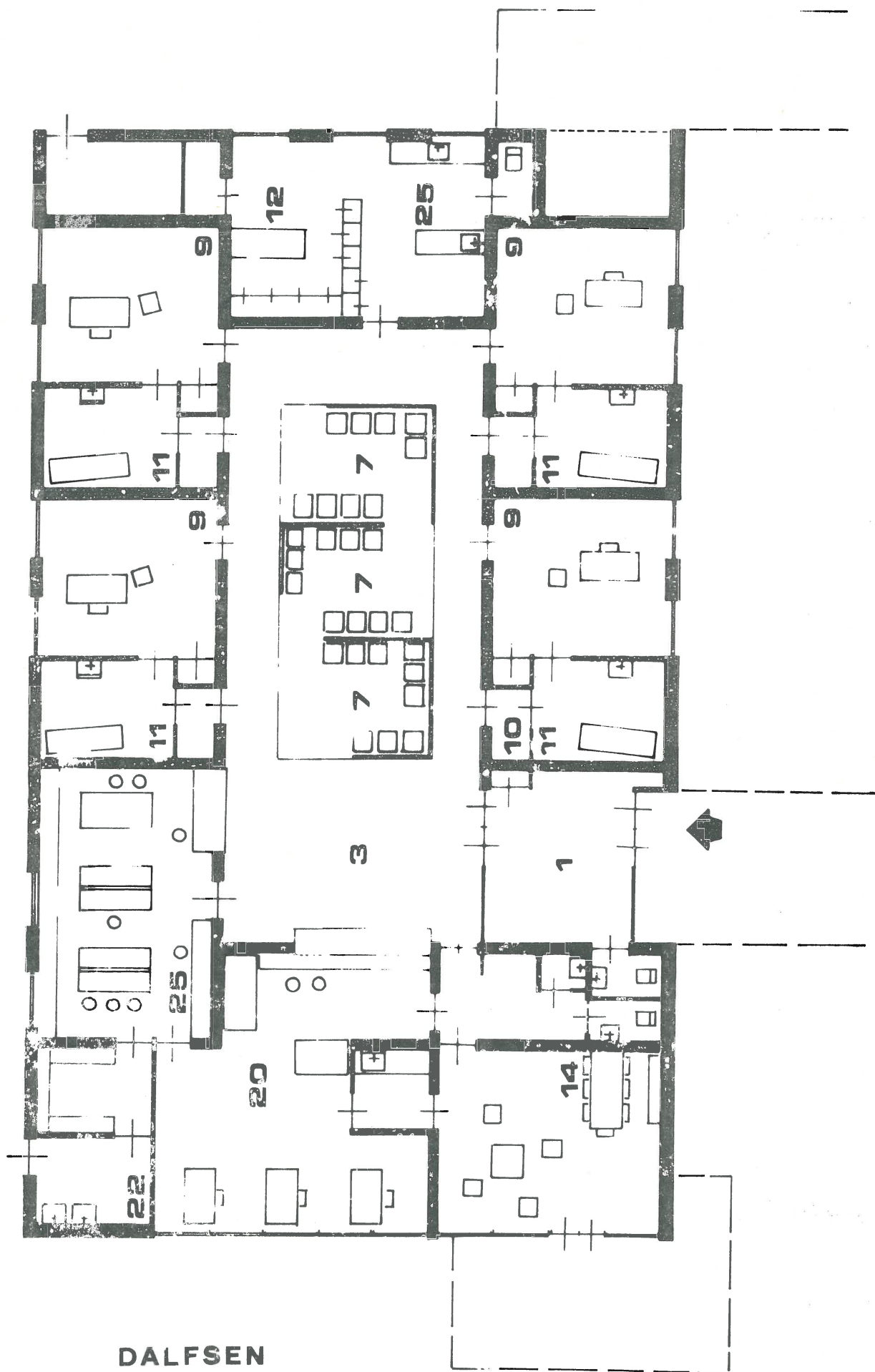
TABEL 2. Betekenis van de cijferaanduiding op de plattegronden.

|                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. ENTREE                     | 19. SOC. PSYCHOLOOG                   |
| 2. HAL                        | 20. ADMINISTRATIE EN<br>evt. RECEPTIE |
| 3. GANG                       | 21. ARCHIEF                           |
| 4. HUISARTS                   | 22. SPOELKEUKEN                       |
| 5. TANDARTS                   | 23. KEUKEN                            |
| 6. FYSIOTHERAPEUT             | 24. LABORATORIUM                      |
| 7. WACHTEN                    | 25. APOTHEEK                          |
| 8. KINDERSPEELHOEK            | 26. UITLEENDEPOT                      |
| 9. SPREEKKAMER                | 27. DESINFECTIE                       |
| 10. KLEEDSLUIS                | 28. PANTRY                            |
| 11. ONDERZOEKKAMER            | 29. PRAEVENTIEVE VLEUGEL              |
| 12. BEHANDELKAMER             | 30. WAGENSTALLING                     |
| 13. KOFFIEKAMER               | 31. AMBULANCE                         |
| 14. STAFKAMER                 | 32. TIJDELIJK MORTUARIUM              |
| 15. DIRECTEUR                 | 33. ADMIN. KRUISVERENIGING            |
| 16. WIJKVERPLEEGSTER          | 34. CONFERENTIEKAMER                  |
| 17. VROEDVROUW                | 35. MAGAZIJN                          |
| 18. MAATSCHAPPELIJK<br>WERKER | 36. WIJKVERPLEEGSTER                  |



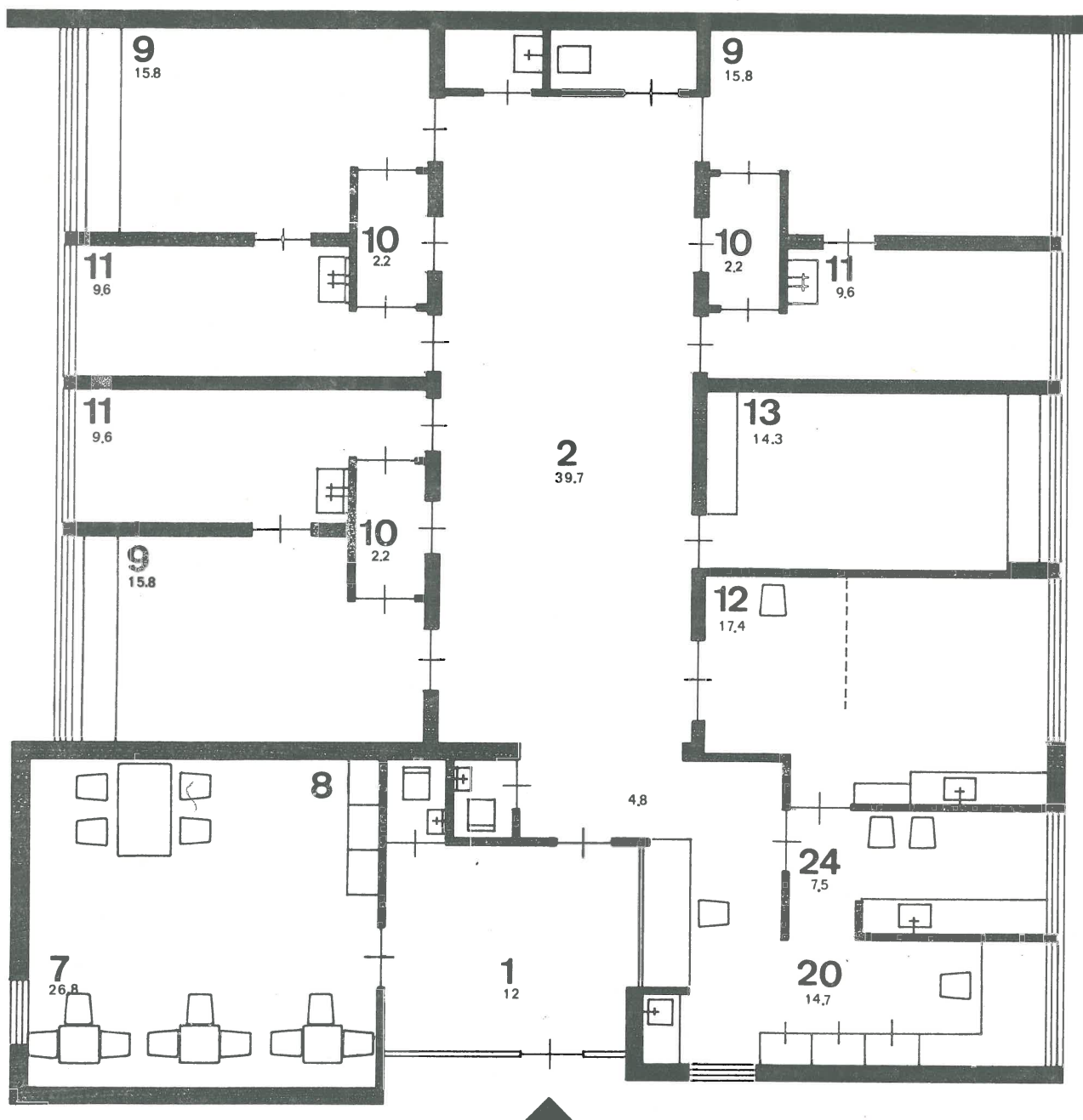






DALFSEN

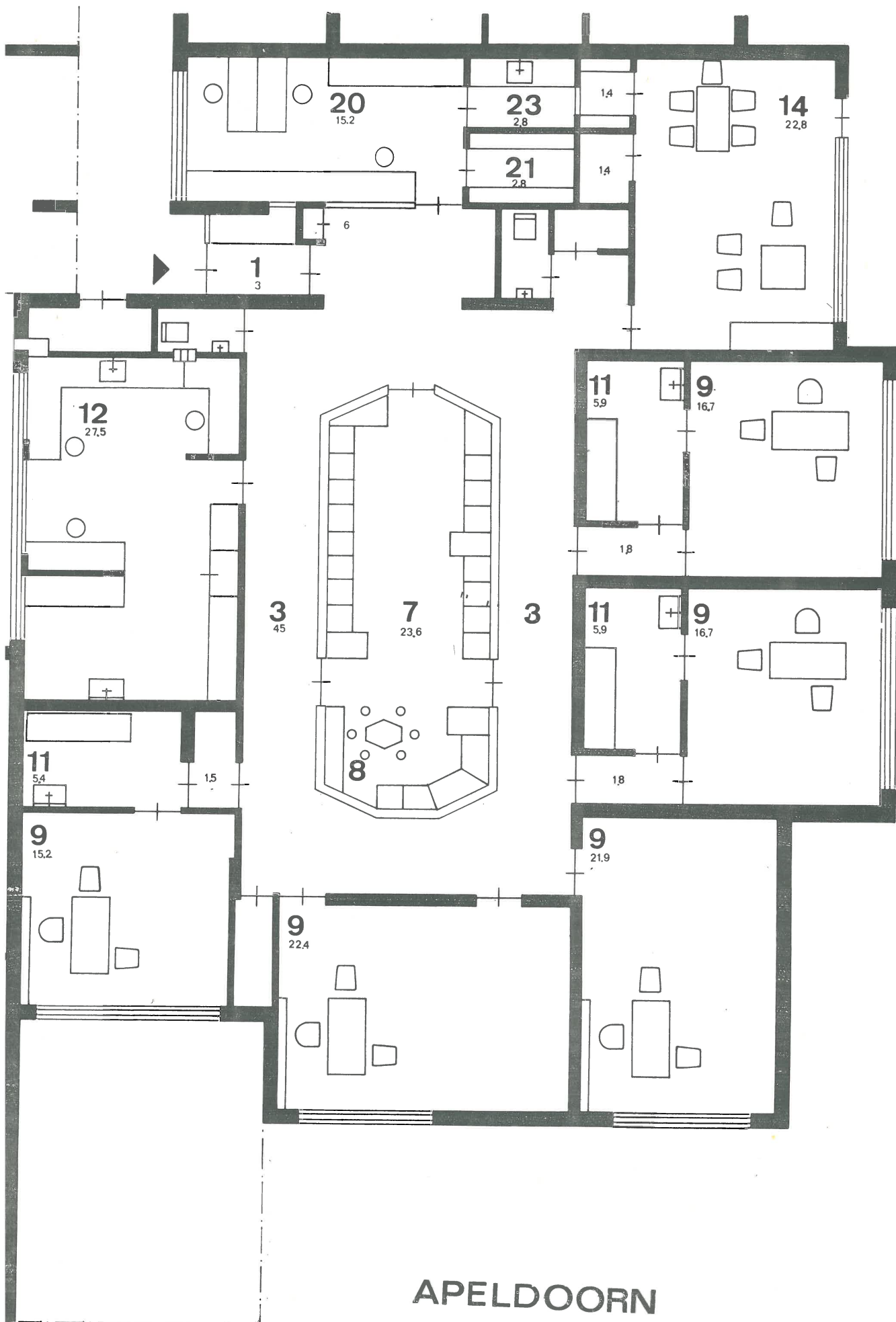




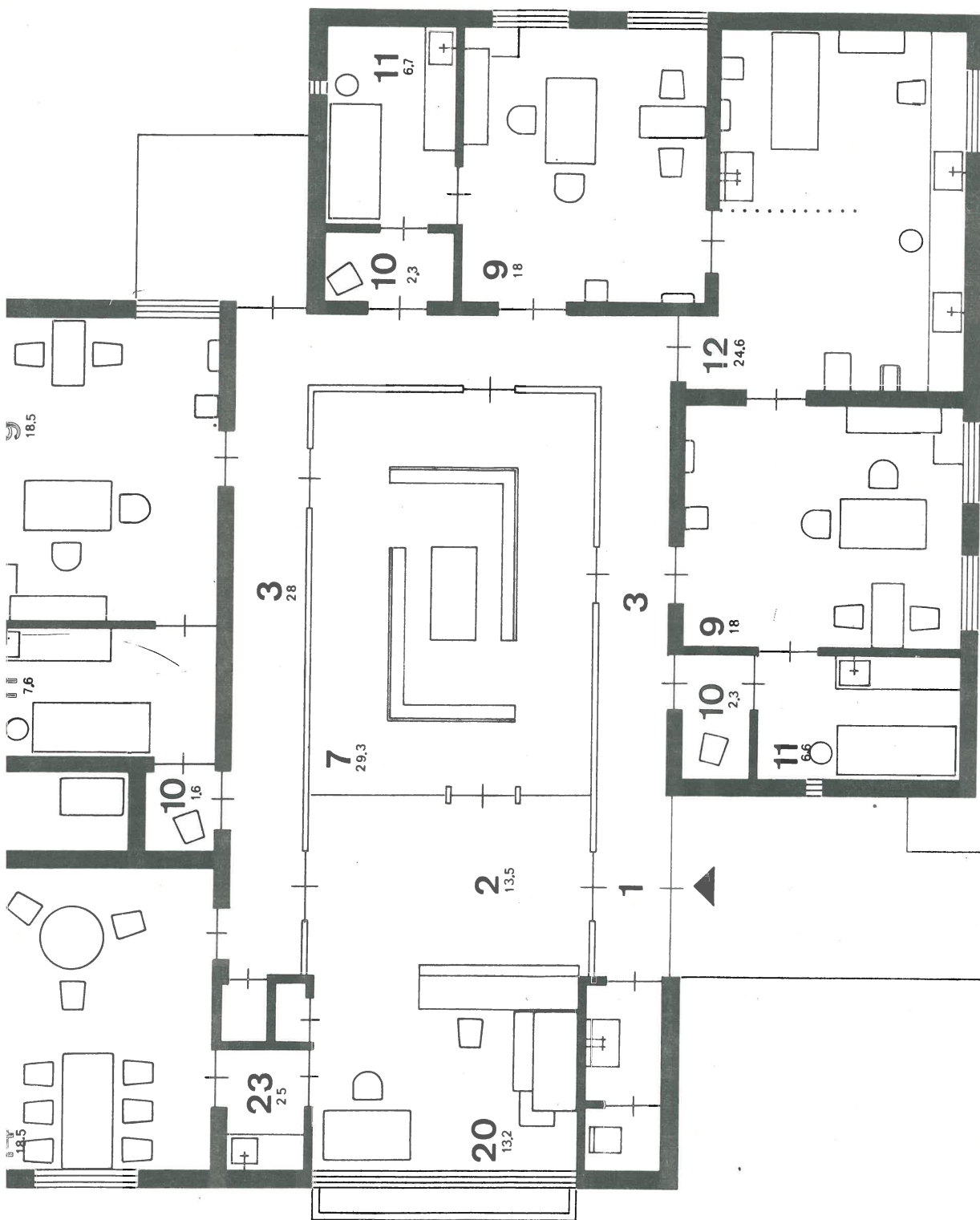
DRACHTEN

1. The first part of the paper is devoted to the study of the

properties of the







RIJSSEN



## VII. DE FINANCIERING VAN DE GROEPSPRAKTIJK.

Als ondernemer heeft de huisarts zijn bedrijf altijd in zeer sterke mate met leen-kapitaal gefinancierd. Dit gold zowel voor de goodwill als voor het praktijkpand en de inventaris. Traditionele financiers zijn de verzekeringsmaatschappijen waarbij de praktijkfinanciering gekoppeld werd aan de oudedagsvoorziening middels een levenverzekering. Daarbij speelt tegenwoordig de OLMA opgericht door de KNMG een belangrijke rol. Door het tot stand komen van een wettelijk verplichte pensioenverzekering is deze koppeling een minder vanzelfsprekende zaak geworden.

In het nu volgende wordt vooral aandacht besteed aan de financiering van het groepspraktijkgebouw. De financiering van de goodwill blijft buiten beschouwing, maar wel merken wij op dat ten aanzien van een eventueel te treffen regeling in maatschapsverband hoge prioriteit gegeven moet worden aan het waarborgen van de continuïteit.

Van oudsher heeft de huisarts dus als vrije ondernemer zelfstandig gezorgd voor zijn huisvesting. De praktijkruimte maakte voor de alleen werkende arts, vooral vroeger, deel uit van het woonhuis. In latere jaren, toen aan de praktijkvoering hogere eisen werden gesteld en hulppersoneel werd ingeschakeld, werd gestreefd naar een grotere scheiding tussen woning en praktijk. De praktijkvleugel met aparte ingang deed opgeld, een heel enkele keer werd de praktijk uitgeoefend in een apart gebouw.

De combinatie van praktijkruimten in de vorm van een groepspraktijkgebouw leidt in het algemeen tot wat hogere investeringskosten. Er is een apart stuk grond nodig, dat gunstig gelegen moet zijn, hetgeen vaak een hogere m<sup>2</sup>-prijs betekent. Soms moeten eigen parkeervoorzieningen worden geschapen, men kan geen gemeenschappelijke bouwmuren meer hebben met de woning etc. Ook zou de caesuur in het algemeen - los van de huisvestingskosten - tot wat hogere exploitatiekosten kunnen leiden, bijv. doordat onbetaalde hand- en spandiensten van gezinsleden verdwijnen.

Gaat men verder uit van bestaande praktijken, op traditionele wijze gehuisvest dan zal bij verplaatsing in het algemeen ruimte vrij komen, waarbij het de vraag is, of deze in de privé-sfeer nuttig aangewend kan worden. Kan men wellicht de spreekkamer nog blijven benutten als studeerkamer en opvangmogelijkheid voor patiënten tijdens de weekends dat men dient heeft, voor de wachtkamer en de assistentruimte is het misschien moeilijk een passende bestemming te vinden. Dit is mogelijkwerwijs een additioneel nadelig financieel aspect van de eventuele overgang van solo-praktijk naar groepspraktijk.

Uitgaande van een relatief hoge investering in gebouwen bezien wij nu de financiële mogelijkheden. De centrale en provinciale overheid nemen t.a.v. de financiering van een praktijkgebouw voor huisartsen i.h.a. het standpunt in dat dit een zaak is van de betrokken artsen zelf. Erkennend dat door bijv. de betere mogelijkheid tot onderling consul-



teren en een betere organisatie ook de belangen van de volksgezondheid worden gediend, staat men veelal positief tegenover de ontwikkeling. Men meent echter dat de verhoogde efficiency, de beter gewaarborgde privacy e.d. zaken zijn die vooral de artsen zelf ten goede komen. Kortom een beroep op de algemene middelen lijkt niet gerechtvaardigd.

Gemeentelijke overheden echter, die in de afgelopen jaren en dan vooral in de Randstad, geconfronteerd werden met een achteruitgang van het aantal huisartsen en onvoldoende animo bij de jongeren voor vestiging ter plaatse, meenden echter, o.i. terecht, dat hier wél een taak voor hen was weggelegd. Dit geldt met name voor de Rotterdamse agglomeratie. Groepspraktijken - maar meer nog gezondheidscentra - hebben de belangstelling van de net afgestudeerde arts. Faciliteiten voor de bouw hiervan, bijv. tot uitdrukking komend in het reserveren van een passend stuk grond geboden voor een matige prijs, kunnen de vestiging van jonge artsen aantrekkelijk maken en een bestaand huisartsentekort vermindern, eventueel het ontstaan van een dergelijk tekort verhinderen. Ook de ziekenfondsen hebben, hier en daar, uitgaande van soortgelijke overwegingen - waarbij waarschijnlijk ook de pijlsnel stijgende kosten van behandeling in het 2e en 3e echelon een rol spelen - faciliteiten verleend voor het opvangen van de hoge eenmalige investeringskosten, bijv. in de vorm van een hypothecaire lening onder aantrekkelijker voorwaarden dan op de normale kapitaalmarkt vielen te bedingen. Ook het verlenen van een garantie behoort tot de mogelijkheden. In beide gevallen verdient het aanbeveling in een zo vroeg mogelijk stadium contact op te nemen.

Met deze laatste alinea zijn wij inmiddels beland bij de wijze waarin aan de behoefte aan lang en middellang crediet kan worden voldaan welke voortvloeien uit de bouw en inrichting van het pand plus het financieren van de vaste kern van het op korte termijn roulerende kapitaal (bedrijfskapitaal).

Uiteraard ligt de voorziening met hypothecair crediet voor de hand, waarbij men vermoedelijk zal komen tot 60 à 70% van de executiewaarde. Bij de gebruikelijke financiering wordt de overname van de goodwill en de financiering van het niet door hypotheek gedekte deel van het crediet in het algemeen mogelijk gemaakt door een middellang crediet met een looptijd van ongeveer 10 jaar. In feite een blanco crediet, tegenwoordig meer en meer gecombineerd met een (dalende)risicoverzekering.

Omdat een groepspraktijkgebouw verhoudingsgewijs een wat lagere executiewaarde zal hebben en de inrichting in het algemeen duurder zal zijn, zal een relatief wat hogere financiering in de vorm van een middellange lening nodig blijken. Vooral als bij het initiatief solo - huisartsen betrokken zijn die mog belangrijke verplichtingen hebben i.v.m. hun bij de vestiging opgenomen middellange lening, kunnen de extra verplichtingen die men uit hoofde van de financiering van de nieuwe opzet op zich moet nemen, leiden tot een niet onbelangrijke vermindering van het verteerbaar inkomen. Dit kan belemmerend werken. Bovendien bestond bij sommige traditionele financiers soms een zekere huivering ten aanzien van het fenomeen groepspraktijken. Dit neemt echter af en vooral de AMRO-bank heeft de laatste tijd in deze sector



financieringsmogelijkheden geschapen.

In het geval van hoge belastbare inkomens, welke vooral in de andere apotheekhoudende praktijken getouchéerd worden, blijft echter door het progressie in de tarieven voor de inkomstenbelasting de aantasting van het verteerbaar inkomen binnen beperkte grenzen. Dit verklaart mede de realisatie van een relatief groot aantal kleinere groepspraktijken in de plattelandssfeer in de pionierstijd. <sup>5)</sup>

Als we spreken over de gevolgen voor het belastbaar inkomen en het verteerbaar inkomen, dan hebben wij inmiddels wederom het effect van de investeringen op de exploitatiekosten in onze beschouwing betrokken. De hogere huisvestingskosten, de afschrijving op de vaak vernieuwde, moderne en soms wat uitgebreide inventaris, het wat duurder, meer gespecialiseerde personeel, het zijn allemaal factoren die alleen of in combinatie ertoe kunnen leiden dat het onkostenpercentage in de groepspraktijk wat hoger komt te liggen dan dat waarbij van de normale tariefberekening uit wordt gegaan. <sup>6)</sup>

Een oplossing van dit probleem is vooral urgent voor degenen die op huurbasis de ruimte voor een groepspraktijk moeten betrekken of plannen in die richting hebben ontwikkeld in onze grote steden. De huur die dan uitgaande van een oppervlakte van 60 à 70 m<sup>2</sup> per arts moet worden betaald bedraagt dan in de Randstad veelal het dubbele of meer van het bedrag dat hiervoor in het traditionele onkostenpakket is opgenomen. <sup>7)</sup> Aangezien bouwers en beleggers een toenemende belangstelling tonen voor als groepspraktijk in te richten ruimten in flats, kantoorgebouwen en winkelcentra, terwijl daarbuiten de mogelijkheden vaak gering zijn, zou de mogelijkheid als huisarts op deze aanbiedingen in te gaan zonder dat dit direct gevolgen heeft voor het consumentief inkomen een belangrijke stimulans zijn om via deze weg de vaak wat moeizame financiering uit eigen middelen te omzeilen.

Ook de huren die in de in nieuwe wijken geplande gezondheidscentra betaald moeten worden zijn voor de artsen die daarin middels een groepspraktijk willen participeren vaak exorbitant hoog. Alleen via een - niet te ingrijpende - verbouwing van een normaal woonhuis in serie

5) Immers een stijging van de exploitatielasten van bijv. f 10.000,= zal het belastbaar inkomen slechts met de laatste tienduizend doen dalen. Over deze bovenste schijf zal in menig geval ca. 70% belasting verschuldigd zijn zodat in feite het verteerbaar inkomen slechts met ca. drieduizend gulden zal dalen.

6) Uitgaande van een praktijk van ca. 2600 zielen en een bruto-omvang van f 44,46 per ziel, te weten het abonnementstarief tot 1800 zielen dat het ziekenfonds in 1972 uitkeert, bedraagt dan het omzetcijfer ruim f 115.000,=. Exclusief vervoer wordt in het calculatiemodel dat de L.H.V. en de ziekenfondsen hanteren voor 1972 gerekend met een onkostencijfer van f 37.738,=, dus een onkostenpercentage van 32%. In een zestal praktijkgevallen troffen wij onkostenpercentages aan van 20, 20, 21, 21½, 31 en 31. Dit lijkt gunstiger dan het is, omdat in de eerste 4 gevallen mede door diverse steunmaatregelen de huisvestingskosten relatief laag waren etc.

7) In 1973 ca. f4300,= per jaar.



gebouwd, blijkt het soms mogelijk een oplossing te vinden.<sup>8)</sup> Het is te hopen dat de onderhandelingen die op dit moment tussen de L.H.V. en de gezamenlijke ziekenfondsen als belangrijkste betalers van de aangeboden diensten worden gevoerd tot een bevredigende oplossing van deze problematiek zullen leiden. De aan particuliere in rekening gebrachte bedragen zullen hierbij moeten worden bekeken en dat is een extra complicerende factor en nog geen volksverzekering tegen de kosten van ziekte bestaat.

8) Vide het artikel "De wordingsgeschiedenis van een groepspraktijk" door Dr. R.A. de Widt, gepubliceerd in Medisch Contact van 8 september 1972.



#### VIII. DE JURIDISCHE VORMGEVING.

Het is zinvol in deze materie een onderscheid te maken tussen de juridische constructie welke in aanmerking komt om de eigendomsverhoudingen t.a.v. het gebouw te regelen en het juridische jasje waarin de samenwerking tussen de artsen wordt gestoken. Uiteraard is het denkbaar dat een B.V. wordt gecreëerd waarin het pand wordt ondergebracht. Wij komen hier nog nader op terug.

Op het moment waarop wij dit schrijven bestaan er echter van artsenzijde nog wat aarzelingen ten aanzien van de aantrekkelijkheid het beroep van arts in de vorm van een besloten vennootschap uit te oefenen. Juridisch is dit echter geen punt meer mits de statuten aan bepaalde eisen voldoen. Ook de fiscale zijde is belangrijk waarbij aan een maatschap van B.V.'s gedacht kan worden.<sup>9)</sup>

Van oudsher was voor de associatie van 2 huisartsen het maatschapscontract de aangewezen weg om aan deze samenwerking juridische gestalte te geven. De consequentie is dan in het algemeen dat alle inkomsten uit medische arbeid worden gepoold en eveneens alle onkosten veelal met uitzondering van de autokosten. Het komt voor dat met het oog op fiscale overwegingen de goodwill van één of van beide partijen buiten de maatschap wordt gehouden. Dit komt dan uiteraard uit op gelijke netto-inkomens voor zover deze voortvloeien uit de beroepsuitoefening. Zulks betekent weer dat de work-load van de partners ongeveer gelijk zal moeten zijn, wil men het ontstaan van spanningen tussen de associés voorkomen, tenzij men overgaat tot vrij ingewikkelde verdeelsleutels. Duidelijkheidshalve wijzen wij erop dat de maatschap een hoofdelijke aansprakelijkheid van de maten impliceert.

Bij de groepspraktijk gaat het vaak om groepen groter dan 2 en er spelen t.a.v. de formatie soms andere factoren een rol dan bij de klassieke 2-mans-associatie vaak gevestigd in het pand van de senior-partner.

Het gaat dan immers om een apart pand met een efficiënte inrichting en goede hulpkrachten, de mogelijkheid van onderlinge consultaties, wordt vaak als voordeel genoemd. Menigmaal stelt men het tot stand brengen van multidisciplinaire samenwerking vanuit de groep als desideratum op een hoge plaats op het verlanglijstje. De continuïteit speelt een grotere rol wil men deze ideeën gestalte kunnen geven.

Als men dan bij de formatie uitgaat van reeds jarenlang functionerende huisartsen met praktijken van zeer verschillende omvang en nogal afwijkende bestedingspatronen in de privésfeer, dan ligt de maatschap met zijn consequentie van gelijke netto-inkomens niet direct als de meest aangewezen oplossing voor de hand.

Als men nu wél besluit de exploitatiekosten voor gemeenschappelijke rekening te nemen, dan kan men óf de afspraken hieromtrent gieten in de vorm van een contract (potovereenkomst).

Ook kan men een stichting vormen t.b.v. de exploitatie van de groepspraktijk X te A. Het voordeel van de laatste oplossing is dat men zo-

9) Zie hierover ook de publicatie in Medisch Contact, Jaargang 1973, 28, 1080.



doende een rechtspersoon heeft geschapen die zelfstandig aan het rechtsverkeer kan deelnemen, arbeidscontracten kan afsluiten met het hulppersoneel, als huurder kan optreden van het pand (of bedrijfsge-deelte) enz. Uiteraard zal men dan komen tot een gladlopen van de ex-ploitatierkening (een stichting streeft niet naar winst en mag dit ook niet doen).

Als het om een kleine groep gaat van bijv. 3 huisartsen die hebben be-sloten een eigen praktijkpand te betrekken, dan is het mogelijk te be-sluiten tot gemeenschappelijk eigendom, d.w.z. het pand wordt op naam gesteld van de drie artsen die er gezamenlijk praktijk willen uitoe-fenen. Of deze besloten hebben hun praktijk in de vorm van een maat-schap uit te oefenen, is t.a.v. het eigendom irrelevant omdat de maat-schap als zodanig in dit geval niet als eigenaar optreedt. Gemeenschap-pelijk eigendom hoeft dus niet gepaard te gaan met gelijke netto-inko-mens. Een nadeel is dat als er wisselingen in de groep optreden, steeds overschrijving moet plaatsvinden, omdat het pand in eigendom overgaat in handen van een nieuwe combinatie, wat de nodige kosten met zich brengt. Tenminste als we er van uitgaan dat degenen die werken in het groepspraktijkpand ook eigenaar zijn.

Via een omweg kan bereikt worden dat dit wat soepeler verloopt, n.l. door het onroerend goed op naam te schrijven van een trustee. De artsen en eventueel door hen benaderde geldgevers blijven optreden als finan-ciers van de transactie, de trustee erkent deze derden als de recht-hebbenden op de exploitatie-opbrengst van het goed en op de kapitaals-opbrengst. E.e.a. wordt geëffectueerd door de uitgifte van z.g. grond-certificaten waarin voor elk certificaat is vastgelegd dat aan de be-zitter een evenredig deel toekomt van exploitatiesaldo en liquidatie-saldo. De verhandelbaarheid van deze certificaten kan door de leden van de groep naar wens geregeld worden.

Bij de grotere groep verdient het aanbeveling de mogelijkheid te over-wegen de eigendom van het pand onder te brengen in een aparte Besloten Vennootschap welke dan bijv. de praktijkruimte verhuurt aan de maat-schap. Ook is het mogelijk individuele huurcontracten met de partners te sluiten, welke laatste slechts de exploitatiekosten gemeenschappe-lijk hebben. Gemeenschappelijk eigendom van het pand hoeft dus ook in dit geval niet persé samen te gaan met gelijke netto-inkomens.

Bij de wat grotere groep is het mogelijk dat een eventuele koerswinst welke optreedt bij de verkoop van aandelen aan een opvolger in de groep fiscaal onbelast blijft. Het oprichten van een B.V. op zichzelf brengt uiteraard wel enige kosten met zich mee.

Daarnaast staat dan de omwegconstructie d.m.v. een scheiding van juri-dische en economisch eigendom zoals die hiervoor is geschetst. Gemeen-schappelijk eigendom ligt vanwege het te verwachten vrij grote aantal mutaties wat minder voor de hand.

Tenslotte signaleren wij nog een zeer recente ontwikkeling in de rich-ting van een stichting die optreedt als eigenaar van het gebouw en te-vens de exploitatiekosten op zich neemt, terwijl de artsen en het hulppersoneel werknemers zijn van deze stichting. Afgezien van het fourneren van het nodige startkapitaal moet dan de exploitatie worden rondgezet door het overhevelen van de inkomsten uit honoraria van par-



ticulieren en ziekenfondsen aan de stichting. Het zal dan tevens moeten komen tot een overname van de goodwill door de werkgever, een probleem dat zich ook voordoet bij de overname van specialistenpraktijken als de betrokkenen in dienst treden van een ziekenhuis. Aangezien echter mag worden aangenomen dat in de toekomst de jongeren steeds meer de zegeningen van de verplichte wettelijke pensioenvoorziening deelachtig zullen worden zal de goodwill een belangrijke functie, n.l. die van middel voor de voorziening voor de oude dag, steeds meer verliezen, misschien dat dit kan leiden tot een zekere afbouw van dit instituut. Deze ontwikkeling zou het vinden van een oplossing voor het geschetste probleem vergemakkelijken.<sup>10)</sup>

Belangrijk is het in dit geval in de statuten een optimale invloed van de werknemers op het beleid van het stichtingsbestuur vast te leggen. Juridisch is dit zeer wel mogelijk, maar het zou te ver voeren hier nader op details in te gaan.

Andere rechtsvormen die het waard zijn in dit verband bestudeerd te worden zijn de vereniging en de coöperatie. Deze figuren zijn ook vooral van belang voor het gezondheidscentrum.

Uitdrukkelijk zij tenslotte vermeld dat de inschakeling van juristen, registeraccountants en/of belastingdeskundigen in al deze gevallen nodig is om tot een voor de groep passende vormgeving te komen. In verschillende van de hierboven genoemde gevallen zijn statuten en overeenkomsten op het N.H.I. als voorbeelden aanwezig, welke geïnteresseerden ter beschikking kunnen worden gesteld. Dit maakt echter de noodzaak van het inschakelen van gekwalificeerde deskundigen allerm minst overbodig.

Leden van de K.N.M.G. zijn verder verplicht de overeenkomst waarin de samenwerking wordt geregeld ter goedkeuring voor te leggen aan het bestuur (dit heeft dus voornamelijk betrekking op de gereleveerde maatschapsovereenkomsten).

10) Zie hierover ook de desbetreffende publicatie van de auteur in Medisch Contact van 25 januari 1974.



BIJLAGE I.

OVERZICHT VAN HET AANTAL FUNCTIONERENDE GROEPSPRAKTIJKEN EN GEZONDHEIDSCENTRA IN NEDERLAND EIND 1973 VOOR ZOVER BEKEND BIJ HET N.H.I.

Voor dit doel is uitgegaan van minimaal drie verleners van zorg op medisch en/of sociaal gebied gehuisvest in een daarvoor apart gebouwd of verbouwd pand. Twee-mans praktijken blijven dus buiten beschouwing. Verder zijn wij er vanuit gegaan dat in elk geval de discipline huisartsgeneeskunde aanwezig is. Soms is de huisvesting nog provisorisch.

Een onderscheid is gemaakt tussen groepspraktijken, d.w.z. de gezamenlijke huisvesting is beperkt tot louter huisartsen en centra voor medische en sociale dienstverlening, waarbij behalve de huisartsgeneeskunde ook andere disciplines in de zorgverlening zijn betrokken, doordat zij spreekuur houden op het betrokken adres. (Daarnaast zal in veel gevallen nog samenwerking met andere disciplines bestaan zonder dat van centralisatie van huisvesting sprake is.

De gegevens zijn in het algemeen verkregen doordat van de zijde van betrokken advies of informatie bij het N.H.I. werd gevraagd. De betrokkenen werden in staat gesteld tot correctie van een concept-lijst.

|                        |                      |                                            |                                                                                                     |
|------------------------|----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Aalten              | Julianastraat 7      | groepspraktijk                             | 3 artsen                                                                                            |
| 2. Amersfoort          | J.Tolliusstraat 30   | groepspraktijk                             | 4 artsen                                                                                            |
| 3. Amstelveen          | Talenseweg 6         | groepspraktijk                             | 3 artsen                                                                                            |
| 4. Amsterdam           | 1e Helmerstraat 88   | gezondheidscentr.<br>(relatie met<br>G.U.) | 3 artsen, 1<br>wijkverpleeg-<br>ster, 1 maat-<br>sch.w., 1<br>psycholoog.                           |
| 5. Amsterdam<br>(Blm.) | Kraaiennest          | gezondheidscentr.                          | 2 artsen, maat-<br>sch.w., wijk-<br>verpl., apo-<br>theek, GG&GD.                                   |
| 6. Amsterdam           | Lekstraat 84         | gezondheidscentr.                          | 3 artsen, 2<br>maatsch.w.                                                                           |
| 7. Apeldoorn           | Phytagorasstraat 6   | gezondheidscentr.                          | complex van<br>gebouwen waar-<br>in huisartsen,<br>tandartsen,<br>een apotheker,<br>wijkverpleging. |
| 8. Assen-Noord         | Zwartwaterweg 85     | gezondheidscentr.                          | 3 artsen, maat-<br>sch.w., wijk-<br>verpl., fysio-<br>therapie, ver-<br>loskundigen.                |
| 9. Beek en Donk        | Burg.v.d.Weiden 1.13 | groepspraktijk                             | 3 artsen.                                                                                           |



|                                  |                              |                   |                                                                                     |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. Biddinghuizen                | Lucernehof                   | gezondheidscentr. | 2 artsen, 1 tandarts en wijkverpl., maatsch.w., fysiotherapie.                      |
| 11. Breda                        | Haagweg 416                  | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 12. Bunschoten                   | Bachlaan 1                   | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 13. Dalfsen                      | Ruitenborghstr. 28           | groepspraktijk    | 4 artsen                                                                            |
| 14. Delfzijl                     | Uitwierderweg 100            | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 15. Dordrecht                    | Keplerweg 29                 | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 16. Drachten                     | Torebstraat 33               | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 17. Dronten                      |                              | gezondheidscentr. | 3 artsen, wijkverpl., 3 fysiotherapeuten, 1 tandarts, maatsch.w., gezinsverzorging. |
| 18. Ede                          | Brederhorst 65               | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 19. Eindhoven<br>(Herzenbroeken) | Karregat<br>Urkhovenseweg 10 | gezondheidscentr. | 1 arts, wijkverpl., maatsch. werkers, gezinsverzorging.                             |
| 20. Enschede                     | Boulevard 1945 nr. 460       | groepspraktijk    | 4 artsen                                                                            |
| 21. Etten-Leur                   | Markt 128                    | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 22. Gennep                       | Europaplein                  | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 23. Goirle                       | Herstallenstraat 2           | gezondheidscentr. | 2 artsen, 1 tandarts, fysiotherapie.                                                |
| 24. Groningen                    | A. Deusinglaan 4             | groepspraktijk    | 3 artsen, Part-time in dienst v.d. R.U.                                             |
| 25. Groningen                    | De Trefkoel                  | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                            |
| 26. Groningen -<br>Lewenborg     | Meerpaal 9-10                | gezondheidscentr. | 2 artsen, 1 tandarts, fysiotherapie, wijkverpl., maatsch.w. enz.                    |
| 27. Haarlem                      | Stresemannlaan 43            | gezondheidscentr. | 2 artsen, psycholoog.                                                               |
| 28. Den Haag                     | Herzogstraat 50a             | gezondheidscentr. | 5 artsen, bejaardencentr., maatsch.w., opbouwwerk.                                  |



|                                      |                             |                   |                                                                                  |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 29. Hardenberg                       | Gramsbergerweg 14           | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                         |
| 30. Heerenveen                       | Sieverstraat 5              | gezondheidscentr. | 5 artsen, 1 tandarts                                                             |
| 31. Den Helder                       | H.A. Lorentzstr.            | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                         |
| 32. Hoensbroek                       | Akerstraat N. 74            | gezondheidscentr. | 5 artsen, samenw. met wijkverpl. en maatsch.w.                                   |
| 33. Hoofddorp                        | Hoofdweg 677                | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                         |
| 34. Hoogeveen                        | Bethesdastraat 77           | gezondheidscentr. | 3 artsen, kruisver., maatsch.w. tandarts, verloskundige                          |
| 35. Huizen                           | Kerkstraat 50               | gezondheidscentr. | 7 artsen, maatsch.w.                                                             |
| 36. Leiderdorp                       | Merelstraat 187a            | gezondheidscentr. | samenw. tussen 3 artsen, wijkverpl., maatsch.w., enz.                            |
| 37. Lelystad                         |                             | gezondheidscentr. | 2 artsen werken samen met wijkverpl. in het centrum is ook een tandarts werkzaam |
| 38. Meerkkerk                        | Burg Sloblaan               | gezondheidscentr. | 1 arts, tandarts, fysiotherapie, wijkverpl.                                      |
| 39. Noordwijk                        | Wantveld 9                  | gezondheidscentr. | 4 artsen samen met maatsch.w. fysiotherapeut enz.                                |
| 40. Nieuw Vennep                     | Beinsdorpstraat             | gezondheidscentr. | 2 artsen, wijkverpl., maatsch.w., fysiotherapie.                                 |
| 41. Oss                              | Raadhuislaan 7              | gezondheidscentr. | 3 artsen, maatsch.w.                                                             |
| 42. Rhenen                           | Nwe.Veenendaalseweg<br>51 a | gezondheidscentr. | 5 artsen, fysiotherapeut, wijkverpl.                                             |
| 43. Rotterdam<br>Feyenoord-Nrd. eil. | Rosestraat 3                | gezondheidscentr. | 5 artsen en een echtgenote arts, wijkverpl.                                      |



|                                           |                      |                   |                                                                                               |
|-------------------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |                      |                   | maatsch.w.,<br>sociaal raads-<br>man, bejaar-<br>denwerk.                                     |
| 44. Rotterdam<br>Ommoord                  | Briandplaats 15      | gezondheidscentr. | 6 artsen,maat-<br>sch.w.,diëtis-<br>te, wijkverpl.<br>enz.                                    |
| 45. Rotterdam<br>(centr. Erasmus Univer.) | Mathenessenlaan 264  | gezondheidscentr. | 3 artsen,<br>maatsch.w.                                                                       |
| 46. Rotterdam<br>(Randweg)                | Randweg 10           | gezondheidscentr. | 3 artsen,wijk-<br>verpl.,maatsch.<br>werk                                                     |
| 47. Rijssen                               | Molenstraat 9a       | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                                      |
| 48. Stamproy                              | Amentstraat 23       | gezondheidscentr. | 3 artsen,tand-<br>arts,wijkverpl.                                                             |
| 49. Stolwijk                              | Jan Steenlaan 4a     | gezondheidscentr. | 3 artsen,wijk-<br>verpl.,tandarts                                                             |
| 50. Utrecht I                             | Rijnhuizenlaan 27    | gezondheidscentr. | 2 artsen, fy-<br>siotherapeut                                                                 |
| 51. Utrecht II                            | Kanaalstraat 173/175 | gezondheidscentr. | 3 artsen,samen-<br>werking met<br>diëtiste, psy-<br>chologe, wijk-<br>verpl. en<br>maatsch.w. |
| 52. Utrecht III                           | Overvecht            | gezondheidscentr. | 1 arts, 1 wijk-<br>verpl. en 2<br>maatsch.werken-<br>den                                      |
| 53. Utrecht IV                            | Koningslaan 61       | gezondheidscentr. | 3 artsen,<br>maatsch.w.                                                                       |
| 54. Veenendaal                            | Spanjaarsgoed 2      | groepspraktijk    | 4 artsen                                                                                      |
| 55. Venlo<br>(Withuis)                    | Straelseweg 193      | gezondheidscentr. | 4 artsen,maat-<br>sch.w.,wijk-<br>verpl.                                                      |
| 56. Wassenaar                             | Hofcampweg 65        | gezondheidscentr. | 4 artsen,<br>kruisver.enz.                                                                    |
| 57. St. Willebrord                        | Dorpsstraat 113      | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                                      |
| 58. Zoetermeer                            | Dorpsstraat          | groepspraktijk    | 3 artsen                                                                                      |

Totaal: 23 groepspraktijken en 35 centra.

N.B.: De gezondheidscentra van de Philips Medische Dienst zijn hierbij  
buiten beschouwing gebleven vanwege hun geheel eigen karakter.



#### BEZOEK AAN EN ONDERZOEK MET BETREKKING TOT GEZONDHEIDSCENTRA.

Het is met enige aarzeling dat wij in deze brochure een lijst hebben opgenomen van gezondheidscentra en groepspraktijken.

De belangstelling voor de weinige centra die er zijn is namelijk zeer groot en komt zowel van de zijde van collegae, als van studerenden, architecten, publiciteitsmensen en vele anderen. Ook onderzoekers van verschillende pluimage hebben voor deze fenomenen veel interesse.

In naam van de betrokkenen die in de eerste plaats vaak pas kort geleden van start zijn gegaan, in de tweede plaats i.h.a. een drukke werkkring hebben en in de derde plaats vaak nog soms een stuk interne problematiek tot klaarheid moeten brengen, zouden wij willen verzoeken aanvragen tot bezoek zoveel mogelijk te beperken. In dit kader is het bovendien aanbevelenswaardig na een zorgvuldige documentatie met een wel overwogen vraagstelling te komen terwijl het bezoek uiteraard ruim van te voren moet worden aangevraagd. Het N.H.I. is verder vrij goed ingelicht over de groepen die nog helemaal geen of weinig bezoek wensen te ontvangen en inschakeling van ons Instituut ware dus te overwegen.

Eventuele onderzoekers maken wij er verder op attent dat het N.H.I. een permanente registratie bijhoudt van wetenschappelijk onderzoek over de eerste lijn. Als men zelf dus op dit terrein plannen heeft is een contact vooraf met het N.H.I. eveneens aan te bevelen.

