

Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg

Van solopraktijk naar keten

Lisa Jansen
Rob Timans
Ronald Batenburg
Lilian van Tuyl



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

December 2023

ISBN 978-94-6122-838-3

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2023 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit rapport biedt inzicht in de huidige organisatievormen binnen de Nederlandse huisartsenzorg en de wijze waarop deze zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld. Ook wordt er vooruitgeblikt op organisatorische trends en de mogelijke gevolgen hiervan op de lange termijn. We beogen met dit rapport een basis te bieden voor verder onderzoek naar organisatievormen binnen de huisartsenzorg en de gevolgen van de nieuwste ontwikkelingen, in het bijzonder ketenvorming, voor de kwaliteit van zorg en de houdbaarheid van het zorgstelsel. Van daaruit kunnen de mogelijkheden verkend worden om de Nederlandse eerste lijn vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk verder te verstevigen.

De auteurs

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Doel en onderzoeksvragen	8
1.2 Leeswijzer	9
2 De veranderende rol van de huisartsenpraktijk: een beknopt overzicht van organisatorische ontwikkelingen	10
2.1 1941 – 1973: Continue, integrale en persoonlijke zorg	10
2.2 1974 – 2006: Grotere praktijken en specialisering	11
2.3 2006 – nu: Marktwerking en ketenvorming	12
3 Context bij ketenpartijen en ontstane onrust	16
3.1 De rol van private equity	16
3.2 Waarom is er onrust over ketenvorming in de huisartsenzorg?	17
4 Methoden en definities om de organisatievormen in de huisartsenzorg te beschrijven	20
5 Resultaten	23
5.1 Rechtsvormen binnen de huisartsenzorg	24
5.2 Geïstitutionaliseerde organisatievormen binnen de huisartsenzorg	26
5.3 Organisatorische ontwikkelingen in de huisartsenzorg	33
6 Beschouwing	43
6.1 Vervolgonderzoek	45
7 Conclusie	47
Literatuur	48
Bijlage A Uitgebreide methode	53
A.1 Rechtsvormen	55
A.2 Solopraktijk	55
A.3 Apotheekhoudende huisartsenpraktijken	55
A.4 HOED en AHOED	56
A.5 Huisartsenpraktijk binnen een gezondheidscentrum	56
A.6 Ketenpraktijken	58
A.7 Online huisartsenpraktijken	58

Samenvatting

Dit rapport beschrijft een exploratieve studie naar de organisatievormen van Nederlandse huisartsenpraktijken.

Ontwikkelingen in de organisatie van huisartsenpraktijken

In de context van de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel en de noodzaak van een sterke eerste lijn is de centrale en coördinerende rol van de huisartsenpraktijk van groot belang. Deze rol vraagt echter wel steeds meer van de huisarts en anderen die werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk. In het verleden hebben huisartsenpraktijken zich aangepast aan de veranderende omgeving door hun organisatievorm aan te passen. Er ontstonden nieuwe organisatievormen en samenwerkingsstructuren om het hoofd te bieden aan de nieuwe eisen die vanuit de omgeving gesteld werden. In de loop der tijd stabiliseerden een aantal van deze structuren zich tot geïnstitutionaliseerde organisatievormen. De solopraktijk aan huis heeft plaatsgemaakt voor samenwerkingsstructuren met andere huisartsen en/of andere zorgdisciplines. Een nieuwe ontwikkeling is de ketenvorming door organisaties die handelen met een winstoogmerk. Hierbij gaan individuele huisartsenpraktijken op in grotere organisatorische verbanden waarin een deel van de verantwoordelijkheden met betrekking tot de bedrijfsvoering verplaatst wordt naar een hoger niveau van de overkoepelende organisatie, die zo een nieuwe organisatorische en bedrijfsjuridische entiteit vormt. Externe organisaties – organisaties van buiten de (huisartsen)zorg met eigenaren die overwegend zelf geen arts zijn – vormen zo ketens van huisartsenpraktijken. Over deze ontwikkeling is maatschappelijk veel onrust ontstaan. Patiënten maken zich ongerust over de toegankelijkheid, huisartsen maken zich zorgen over de autonomie van de huisarts en praktijken in de buurt van de overgenomen praktijken zijn bezorgd over de samenwerking met de nieuwe partij. De aanleiding voor dit onderzoek was het gebrek aan kennis en inzicht in de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ketenvorming binnen de huisartsenzorg.

Organisatievormen

Dit rapport biedt inzicht in ketenvorming in de Nederlandse huisartsenzorg door deze in de context van andere – meer geïnstitutionaliseerde – organisatievormen te plaatsen. Er zijn zeven organisatievormen die we in dit rapport onderscheiden. Hiervan zijn er vijf al langer bekend binnen de huisartsenzorg: de HOED (16%), de AHOED (47%), de apotheekhoudende praktijk (6%), de praktijk binnen een gezondheidscentrum (17%) en de solopraktijk (16%). Slecht 6% van het totaal aantal huisartsenpraktijken is echter alleen gevestigd en kan mogelijk daardoor gezien worden als daadwerkelijke solopraktijk. Overlappend met deze vijf organisatievormen zijn er twee nieuwe organisatievormen die volop in ontwikkeling zijn: de online praktijk en de ketenpraktijk (17%). Van de online praktijk zijn er twee variaties, met- en zonder een eigen praktijklocatie. Deze ontwikkeling is zo nieuw dat we slechts weinig organisaties vonden die op deze manier werken. De opkomst van de ketenpraktijk is geen nieuwe ontwikkeling, maar de combinatie van deze organisatorische schaalvergroting met een winstoogmerk is binnen de huisartsenzorg wel nieuw. Vanuit commerciële bedrijfsvoering bekeken is schaalvergroting noodzakelijk om huisartsenpraktijken met een winstoogmerk te exploiteren. Om mogelijke commerciële exploitanten binnen de huisartsenzorg op het spoor te komen is daarom gekeken naar ketenvorming. Om de vraag te beantwoorden of een keten een winstoogmerk zou kunnen hebben of niet zijn de rechtsvormen binnen de Nederlandse huisartsenzorg op praktijkniveau in kaart gebracht, waarbij extra aandacht is uitgegaan naar de rechtsvorm van de Besloten Vennootschap (BV). De traditioneel in de huisartsenzorg veel voorkomende rechtsvormen van een maatschap (45%) en eenmanszaak

(39%) zijn nog steeds ruim in de meerderheid. Er is op dit moment een klein percentage praktijken met als rechtsvorm (nevenvestiging van een) BV (11%).

Ketenvorming

Ketenvorming is een complexe ontwikkeling en ketens kennen verschillende organisatievormen en combinaties hiervan. Ketenpraktijken kunnen top-down of bottom-up georganiseerd zijn.

Bij een top-down ketenpraktijk wordt een praktijk gevestigd of opgekocht door een externe organisatie die daarmee volledig eigenaar van de praktijk is. Op die manier heeft deze externe organisatie volledige zeggenschap. Er worden twee varianten onderscheiden. Bij de eerste variant van de top-down ketenpraktijk hebben de externe organisatie en de individuele praktijken hetzelfde nummer in het handelsregister van de Kamer van Koophandel (KvK-nummer). Van deze variant zijn er 20 kleine ketens (2 t/m 5 praktijken) met de rechtsvorm BV en 3 grote ketens (6 praktijken of meer) met deze rechtsvorm. Bij de tweede variant hebben de praktijken ook dezelfde eigenaar, maar werken de praktijken wel onder verschillende KvK-nummers. Van deze tweede top-down variant ketenpraktijken zijn er 11 kleine ketens met als rechtsvorm BV. In totaal komen er 34 top-down ketenpraktijken voor, waarbinnen in totaal 116 huisartsenpraktijken vallen. Deze ketens blijken door heel Nederland voor te komen en zijn relatief vaak gevestigd in gebieden waar voornamelijk mensen wonen met een lage sociaaleconomische positie. Het is de vraag of dat komt doordat deze organisatievorm goed past bij de uitdagingen die er met betrekking tot de zorgverlening in deze gebieden doorgaans liggen, of dat er andere beweegredenen aan ten grondslag liggen.

Bij een bottom-up ketenpraktijk is er geen sprake van een directe eigendomsrelatie, maar trekt een externe organisatie samen op met de praktijk-houdend huisarts. Dit geeft de mogelijkheid om binnen verschillende constructies samen te werken met de praktijkhouder. Ook hier worden twee varianten onderscheiden. Bij de eerste variant van de bottom-up keten is een externe organisatie onderdeel van de directie van één of meer praktijken. Bij de tweede variant is een externe organisatie op dezelfde locatie gevestigd als één of meer verschillende huisartsenpraktijken. Bij de bottom-up ketenpraktijken komen veel combinaties van de verschillende ketenvarianten voor. Het aantal unieke ketens dat te identificeren is door enkel te kijken naar de twee bottom-up varianten, is beperkt. Wanneer er echter breder gekeken wordt dan blijken er ketenorganisaties te zijn die door de verschillende ketenvarianten te combineren, ketens opbouwen. Dit toont het belang aan om de ketenvarianten als geheel te onderzoeken. De ketenpraktijk is een organisatievorm die in vorm en aantal toeneemt, maar waarvan de effecten op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg nog zullen moeten worden onderzocht.

1 Inleiding

Op organisatorisch vlak is er de afgelopen decennia veel veranderd in de huisartsenzorg. Zo zijn huisartsenpraktijken uitgegroeid van veelal kleine solopraktijken aan huis tot grote groepspraktijken waarin gemiddeld tien personen werkzaam zijn in de dagzorg (Flinterman, Vis, Keuper, Van Schaaijk, & Batenburg, 2023). De solistisch werkende praktijkeigenaar (met doktersassistent) heeft in de loop der jaren plaats gemaakt voor in teamverband werkende huisartsen die binnen de praktijk samenwerken met praktijkondersteuners, verpleegkundig specialisten, *physician assistants* en praktijkmanagers (Flinterman et al., 2023). Ook wordt er steeds meer samengewerkt buiten de grenzen van de praktijk: in de wijk, in gezondheidscentra en in zorggroepen (Hopman, Batenburg, & Bakker, 2009).

Aan deze organisatorische veranderingen liggen zowel demografische, maatschappelijke als beleidsmatige invloeden ten grondslag. In dit rapport willen we deze invloeden nader duiden en een overzicht geven van de stand van zaken van de organisatievormen binnen de Nederlandse huisartsenzorg. De aanleiding van dit rapport betreft zorgen over de opkomst van commerciële ketens in de huisartsenzorg. Externe organisaties – organisaties van buiten de (huisartsen)zorg met eigenaren die overwegend zelf geen arts zijn – nemen praktijken over of vestigen deze, en vormen zo ketens van huisartsenpraktijken. Daarover is maatschappelijk veel onrust ontstaan. Patiënten maken zich ongerust over de toegankelijkheid, huisartsen maken zich zorgen over de autonomie van de huisarts en praktijken in de buurt van de overgenomen praktijken zijn bezorgd over de samenwerking met de nieuwe partij.

Nu is iedere huisartsenpraktijk in Nederland een onderneming waarin de praktijkhouder oog moet hebben voor kosten en baten. De huidige financiering van de huisartsenzorg is gebaseerd op het uitgangspunt dat een gezonde bedrijfsvoering mogelijk moet zijn. Dit is van oudsher een voorwaarde voor een passend aanbod huisartsenzorg in Nederland. Commerciële partijen zijn geïnteresseerd in huisartsenpraktijken omdat zij mogelijkheden zien om winst te maken door schaalvergroting middels ketenvorming. Om binnen de huisartsenzorg significante winst te kunnen maken zijn efficiëntievoordelen belangrijk. Om die te behalen is vaak schaalvergroting nodig. Deze schaalvergroting kan namelijk leiden tot schaalvoordelen: de kosten per zorghandeling worden lager doordat de vaste kosten over meer zorghandelingen verdeeld kunnen worden. Bovendien ontvangen praktijken een vast inschrijfbedrag voor alle ingeschreven patiënten. Dit bedrag is bedoeld om bijvoorbeeld de kosten voor het veilig bewaren van het medisch dossier te dekken, of de kosten van de beschikbaarheid van een arts wanneer snel zorg nodig is. Hoewel het moeilijk te voorspellen is wanneer iemand behoefte heeft aan huisartsenzorg, is het inschrijfgeld een stabiele, voorspelbare bron van inkomsten. Dit is aantrekkelijk voor investeerders; het maakt kasstroom projecties gemakkelijker, en de focus kan verlegd worden naar de kostenkant. Het bereiken van schaalvergroting door het vormen van ketens van huisartsenpraktijken is daarmee een voorwaarde voor verdergaande commercialisering in de huisartsenzorg.

De focus ligt in dit rapport daarom op deze schaalvergroting. We nemen hiervoor de organisatiestructuur van huisartsenpraktijken als uitgangspunt, in het bijzonder de manier waarop bedrijfsmatige processen geïntegreerd worden binnen één organisatorische eenheid (Scott & Davis, 2008); (Murphy, Willmott, & Daft, 2017). Schaalvergroting is geen nieuwe ontwikkeling binnen de Nederlandse huisartsenzorg. Er is een historische trend waarbij individuele huisartsenpraktijken steeds meer opgaan in grotere organisatorische verbanden. Hierin wordt een deel van de

verantwoordelijkheden met betrekking tot de bedrijfsvoering verplaatst naar een hoger niveau van de overkoepelende organisatie, die zo een nieuwe organisatorische en bedrijfsjuridische entiteit vormt. Het is nog onduidelijk hoe wijdverbreid ketenvorming is binnen de huisartsenzorg. Er zijn al langer ketens van gezondheidscentra in Nederland. Deze ketens zijn stichtingen en hebben geen winstoogmerk. De eventuele winst gaat weer terug naar de onderneming en wordt ingezet voor het stichtingsdoel. Dit is een belangrijk verschil met de nieuwe ontwikkeling van commerciële ketenvorming.

Om ketenvorming in de huisartsenzorg goed te kunnen duiden kijken we naar deze organisatorische ontwikkelingen op praktijkniveau, de kleinste organisatorische eenheid, en niet naar de samenstelling van deze praktijken. De vestigingslocatie en de rechtsvorm van de praktijken zijn leidend in dit rapport. Door deze focus laten we de andere formele en informele samenwerkingsverbanden tussen huisartsenpraktijken (zoals de zorggroepen) buiten beschouwing.

1.1 Doel en onderzoeksvragen

Dit rapport beoogt inzicht te bieden in ketenvorming in de Nederlandse huisartsenzorg door deze te vergelijken met andere – meer geïnstitutionaliseerde – organisatievormen en de ontwikkeling in historisch perspectief te plaatsen. Dat is nodig om de huidige vormen van ketenvorming goed te kunnen begrijpen als voortzetting van een trend die al langer gaande is. De eerste onderzoeksvraag luidt daarom:

1. Welke organisatievormen kunnen we onderscheiden binnen de huisartsenzorg in Nederland?

Om vervolgens de ketens empirisch in kaart te brengen is het nodig om inzicht te krijgen in de manier waarop de ketens bestuurd worden. We maken hiervoor gebruik van twee manieren om ketens te onderscheiden. De eerste manier is om te bekijken of een keten een winstoogmerk zou kunnen hebben of niet. Om dit te bepalen gebruiken we de rechtsvorm van een keten, waarbij het belangrijkste onderscheid is of een keten een stichting of een Besloten Venootschap (BV) is. De tweede onderzoeksvraag is daarom:

2. Wat is de verdeling van rechtsvormen van de huisartsenpraktijken in Nederland, en hoe is de verdeling daarvan voor ketens?

Tot slot zijn er verschillende manieren waarop externe organisaties invloed kunnen uitoefenen op een organisatie. Om daar meer over te kunnen vertellen gebruiken we de tweede manier om ketens van elkaar te onderscheiden, door een verschil te maken tussen ketens die gebaseerd zijn op eigendomsrelaties (waarbij praktijken eigendom zijn van de ketenorganisatie) en ketens waarvoor dat niet geldt. Dit is het onderscheid tussen top-down en bottom-up ketens wat later uitgelegd zal worden. Daarmee beantwoorden we de derde onderzoeksvraag:

3. Hoe ontwikkelen ketens van huisartsenpraktijken zich in Nederland? En wat zijn de kenmerken van de verschillende ketens?

1.2 Leeswijzer

Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode van april - oktober 2023. De huisartsenzorg is volop in beweging en ook binnen deze periode hebben veranderingen plaatsgevonden. Er is getracht dit zo goed mogelijk te volgen en de data up-to-date te houden, maar door de snelle ontwikkelingen op dit gebied is dit onderzoek een weergave van deze specifieke periode.

Dit rapport is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk 2 wordt een beknopt overzicht gegeven van de historische ontwikkeling van de organisatiestructuren binnen de Nederlandse huisartsenzorg van 1941 tot nu. In hoofdstuk 3 wordt context gegeven bij de ontwikkeling van ketenvorming in de huisartsenzorg. We gaan hier verder in op de term 'private equity' en wat de rol van deze partijen is binnen de Nederlandse huisartsenzorg. Ook gaan we iets verder in op de vraag waarom er onrust ontstaat over deze ontwikkeling van ketenvorming. In hoofdstuk 4 wordt kort de methode beschreven hoe tot deze data gekomen is, waarmee we de organisatie van de huisartsenzorg in het algemeen, en ketenpraktijken in het bijzonder, in kaart brengen. Een meer gedetailleerde beschrijving van de methode is te vinden in bijlage A. Hoofdstuk 5 gaat in op de verdeling van de rechtsvormen binnen de huisartsenzorg en alle zeven organisatievormen worden beschreven. In hoofdstuk 6 volgt de beschouwing op deze resultaten en gaan we in op mogelijkheden voor vervolgonderzoek. In hoofdstuk 7 wordt het rapport afgesloten met een korte conclusie.

2 De veranderende rol van de huisartsenpraktijk: een beknopt overzicht van organisatorische ontwikkelingen

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de historische ontwikkeling van de organisatiestructuur van de huisartsenpraktijk in Nederland. Hiermee bouwen we voort op eerder Nivel-onderzoek naar organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn (Hopman et al., 2009) en het zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra (R. S. Batenburg & Kalf, 2010). We richten ons vooral op de manier waarop huisartsenpraktijken opgaan in grotere organisatorische eenheden. Aan de orde komt de periode waarin versterking van de positie van de eerste lijn met name plaatsvond door het afbakenen van het domein van de huisarts en het formuleren van de centrale waarden van huisartsenzorg (1941 – 1973), de trend naar grotere praktijken en taakspecificering (1974-2006), en de terugtrekkende overheid, marktwerking en zelfregulering (2006 - nu). Vanuit dit overzicht richten we ons in de rest van het rapport op de ontwikkelingen anno 2023 en een blik op de toekomst.

2.1 1941 – 1973: Continue, integrale en persoonlijke zorg

Een grote verandering voor de traditionele huisartsenzorg in Nederland was de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering in 1941 door de Duitse bezetter. Hierdoor nam de toegankelijkheid van de huisartsenzorg toe, omdat het makkelijker werd voor mensen om bij klachten ‘gratis’ een arts te bezoeken (Van Osselen, Helsloot, Van der Werf, & Van Zalinge, 2016a). Omdat de praktijkgrootte ondanks deze verandering gelijk bleef, nam de werkbelasting voor de huisartsen toe (Van den Berg & Meijman, 2009; Van Osselen, Helsloot, et al., 2016a). In 1941 werd ook in Den Haag de eerste centrale huisartsenpost geopend (Van den Berg & Meijman, 2009). Positieve ervaringen met dit systeem leidden in 1948 tot de oprichting van de eerste centrale waarneempost voor nacht- en weekenddiensten in Den Haag, later gevolgd door meer plekken in Nederland (Van den Berg & Meijman, 2009). Dit was een eerste start met een dienstenstructuur en werkverdeling binnen de huisartsenzorg die zich later verder zou ontwikkelen.

Vanuit de traditionele opvatting van het beroep van arts als professie en de daarmee samenhangende beroepsethiek werd samenwerking in de jaren vijftig nog als afkeurenswaardig gezien. De solopraktijk was de dominante organisatievorm binnen de huisartsenzorg, met de huisarts alleen verantwoordelijk voor zijn¹ patiënten. Het in 1956 opgerichte Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), dat een meer wetenschappelijk onderbouwde beroepsopvatting hanteerde, zette echter juist in op samenwerking (Van Osselen, Helsloot, Van der Werf, & Van Zalinge, 2016d). Dit betekende een meer pragmatische invulling van de integrale geneeskunde waarop de huisartsenzorg volgens Querido (1955) gebaseerd zou moeten zijn. Zijn beeld van de huisartsenzorg was nog dat van een autonome huisarts die verantwoordelijk was voor de brede zorgvraag van patiënten. Tijdens de NHG conferentie in Woudschoten van 1959 werd een definitie van het werk van de huisarts geformuleerd die hierbij aansloot (Van der Werf & Zaat, 2001) “[h]et aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een *continue, integrale* en *persoonlijke* zorg voor de gezondheid van de

¹ De huisarts was toen nog vaak een man

zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.” ((Van der Werf & Zaat, 2001); cursivering JTBvT). Tegelijkertijd groeide het besef dat de solopraktijk niet zou kunnen blijven bestaan (Achterbergh, 2002); (Van der Werf & Zaat, 2001). Dat wordt duidelijk als we kijken naar twee termen in de Woudschoten-definitie die ook nu nog centraal staan in de huisartsenzorg: integrale zorg en continue zorg.

Met continue gezondheidszorg werd ook een continuïteit in verantwoordelijkheid bedoeld. Hierin zit de implicatie dat de huisarts ook een gedeeltelijke verantwoordelijkheid behoudt wanneer deze de patiënt aan een specialist toevertrouwt. De huisarts heeft hiermee dus ook de rol van medisch leidsman (Huygen, 1959). Het beeld dat er één huisarts verantwoordelijk was voor deze continuïteit van zorg werd echter ter discussie gesteld. In de nieuwe opvatting kon dit ook door een serie opeenvolgende huisartsen gedaan worden (Huygen, 1959).

Huygen legde ook het begrip ‘integrale zorg’ (op basis van een oorspronkelijk concept van Querido) tweeledig uit (Van der Werf & De Haan, 2002). Ten eerste refereert ‘integrale zorg’ naar de verantwoordelijkheid die de huisarts heeft om de zorg die de patiënt ontvangt van verschillende specialisten en zorginstanties te coördineren en met elkaar te integreren (Huygen, 1959). Ten tweede gaat dit over integrale geneeskunde als specialisme van de huisarts, waarbij naast het somatische ook altijd het psychische, sociale en metafysische aspect geïntegreerd dient te worden in de benaderingswijze van de huisarts naar diens patiënten (Huygen, 1959).

Al snel werd duidelijk dat de doelstelling van met name de integrale zorg te veel zou worden voor individuele huisartsen. Sociale en psychische zorg waren onderdeel van integrale zorg, hetgeen betekende dat samenwerking, zowel met gedragswetenschappers als andere zorgdisciplines, noodzakelijk werd (Van Osselen, Helsloot, Van der Werf, & Van Zalinge, 2016c). In eerste instantie werd er vooral binnen de eerste lijn samengewerkt en vanaf eind jaren zestig werden er in heel Nederland groepspraktijken en gezondheidscentra opgericht (Van Osselen, Helsloot, et al., 2016d); (Van Osselen, Van Zalinge, Helsloot, & Van der Werf, 2016). Binnen de gezondheidscentra gingen verschillende zorgdisciplines samenwerken met de huisartsen. In lijn met de gedachte van de integrale geneeskunde van Querido speelden de wijkverpleging en maatschappelijk werk hierin een belangrijke rol (Van der Werf & De Haan, 2002). Daarnaast was een efficiëntere praktijkvoering een andere reden voor de samenwerkingen (Van der Werf & De Haan, 2002). Hiermee zien we dat in deze periode de zorgtaken meer gedeeld werden tussen huisartsen en andere zorgverleners, en dat ook de toegenomen overige werkzaamheden nopen tot meer samenwerking.

2.2 1974 – 2006: Grotere praktijken en specialisering

In de jaren zeventig zette de overheid een beweging in gang om zorg uit de ziekenhuizen te plaatsen waardoor de huisartsen taken van de specialisten moesten gaan overnemen. Samenwerking werd hierdoor, zeker in de chronische zorg, noodzakelijk (Van Osselen, Helsloot, Van der Werf, & Van Zalinge, 2016b). De rol van poortwachter van de gezondheidszorg, die de huisarts ook al voor deze periode had (Van Osselen, Helsloot, et al., 2016b) werd verankerd in de *Structuurnota Gezondheidszorg* van 1974 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1974). In deze nota werd ook de indeling van een eerste, tweede en derde lijn geïntroduceerd en kwam de focus te liggen op regionale organisatie van de zorg (Hopman et al., 2009). Kostenbeheersing kwam steeds prominenter op de politieke agenda te staan, en de gedachte was dat huisartsen hier een bijdrage aan konden leveren (Starfield, 1994).

De zorg voor patiënten met een chronische- of cardiovasculaire aandoening werd een steeds belangrijkere taak voor de huisartsenpraktijk. Het aantal mensen met een chronische aandoening groeide, en de daarbij behorende regelmatige controles en complexe zorg bezorgde de huisarts een steeds zwaardere werklast (Van Osselen, Helsloot, et al., 2016b). Als gevolg hiervan werd binnen de

praktijken een verdergaande taakdifferentiatie en –herschikking doorgevoerd (verplaatsen van werk naar ‘ondersteunende functies’, zoals doktersassistenten en de (toen) nieuwe beroepsgroep van praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH’s) (Heiligers et al., 2012); (Van Schaaik et al., 2022). Ook werden verdergaande samenwerkingen opgezet tussen huisartsen zoals die voor het bemensen van huisartsenposten (Van den Berg & Meijman, 2009). Vanuit de gedachte van multidisciplinaire, integrale zorg leidde het ook tot de verdere groei van het gezondheidscentrum als organisatievorm (Van Osselen, Helsloot, et al., 2016c); (Haakma, B.N.J., & Bruijnzeels, 2021).

Ook de groei van het aantal parttime werkende huisartsen en de ‘feminisering’ van de beroepsgroep leidt in deze periode tot organisatorische veranderingen. In 1980 was nog 96,5% van de huisartsen man en 70% van hun partners was (onbetaald) werkzaam in de praktijk (Van der Werf & De Haan, 2002). Omdat sinds de jaren tachtig huisartsen steeds meer parttime gingen werken, mede door de groeiende groep vrouwelijke artsen (Van Zalinge, 2007); (R. S. Batenburg et al., 2022), moest de dienstenstructuur verder uitgebouwd worden om continuïteit en toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Hiermee kwam meer en meer een einde aan de kleine zelfstandige solopraktijk aan huis waarin de partner van de huisarts een belangrijke rol speelde (Van der Werf & De Haan, 2002). Door veranderingen in de beroepsgroep groeiden de huisartsenpraktijken en werd registratie, documentatie en afstemming met behulp van het medisch dossier steeds belangrijker (Van Helsloot, Van Osselen, Van Werf, & Van Zalinge, 2016); (Schers, Giesen, Raes, van den Hoogen, & van den Bosch, 2001). Daarmee namen de administratieve lasten en de complexiteit van bedrijfsvoering voor huisartsenpraktijken toe, waardoor ook de beweging naar verdergaande integratie van huisartsenpraktijken werd versterkt.

In 1983 werd door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een gezamenlijk Basistakenpakket geformuleerd waarin samenwerking volledig genormaliseerd werd (Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983). Het doel van de formulering van het Basistakenpakket was om de autonomie van de beroepsgroep te handhaven. Naast de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden van de huisarts werden ook kwaliteitsgaranties opgenomen waar alle huisartsen vanaf dat moment op aangesproken konden worden (Van den Berg & Meijman, 2009). In deze periode wordt de positie van de huisarts in het zorgstelsel uitgewerkt en bestendigd. De strijd om het eigen domein van de huisarts van de jaren vijftig maakt plaats voor multidisciplinair denken (Van Osselen, Helsloot, et al., 2016c). Er kwam na 2000 ook meer samenhang in het kwaliteitsbeleid door onder andere de verdere ontwikkeling van de opleiding, richtlijnen, scholing en verschillende accreditaties waaronder de NHG-Praktijkaccreditatie (Van Osselen, Helsloot, Van der Werf, & Van Zalinge, 2016e).

2.3 2006 – nu: Marktwerking en ketenvorming

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet geïntroduceerd. Hiermee deed marktwerking in de vorm van gereguleerde concurrentie definitief zijn intrede in de zorg (Raad van State, 2005). Door de marktwerking in de gezondheidszorg gaan zorgverleners elkaar meer als concurrenten zien en minder als collega’s om mee samen te werken (Groenewegen, Hansen, & Bekke, 2007). Het doel van kostenbeheersing, dat sinds de jaren zeventig hoog op de beleidsagenda stond, lag ook ten grondslag aan deze ingrijpende stelselwijziging. Concurrentie tussen zorgaanbieders zou moeten leiden tot een efficiënter zorgstelsel. Hoewel dit in de huisartsenzorg veel minder ver werd doorgevoerd dan in andere sectoren, bracht de stelselwijziging een toegenomen bureaucratie en administratielast voor huisartsen met zich mee. Taken op het gebied van organisatie en beleid, kwaliteit, personeel, financiën en middelen werden steeds vaker uitbesteed aan een praktijkmanager; in 2022 had iets meer dan de helft van de huisartsenpraktijken een praktijkmanager in dienst (Flinterman et al.,

2023)². Naast het een belemmering voor samenwerking vormde, zorgde de geregleerde concurrentie dus ook voor extra werk dat niet direct bij het verlenen van zorg hoort.

In 2012 verschijnt er een strategiedocument, 'Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022', dat is opgesteld door de NHG en LHV in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) (NHG & LHV, 2012). Met dit document wilden deze organisaties de kernwaarden van de Nederlandse huisartsen vastleggen en zorgvuldig borgen (NHG & LHV, 2012). Er werden 17 ambities geformuleerd en in 2014 wordt door het Nivel de stand van zaken in kaart gebracht. Bij 10 van de 17 ambities konden de nog te nemen stappen 'zonder voorbehoud'³ worden geschat. Bij twee van deze ambities waren in 2014 al grote stappen gezet, bij zes van deze ambities redelijk grote stappen en bij twee ambities alleen nog kleine stappen (D. Van Hassel et al., 2015).

Een paar jaar later, in 2019, komt er een update van de kernwaarden van de huisartsenzorg. De kernwaarden die tijdens de Woudschoten conferentie geformuleerd waren – persoonlijke, integrale en continue zorg – bleken ook in 2019 nog sterk, maar door een herformulering zouden ze beter kunnen aansluiten bij de huidige tijdsgeest. De herformulering van de kernwaarden en kerntaken is het resultaat van het samenwerkingsproject 'Toekomst huisartsenzorg'. Acht huisartsenorganisaties (LHV, NHG, InEen, LOVAH, VPHuisartsen, Het Roer Moet Om, IOH en LHOV) hebben ruim 70 denksessies georganiseerd en via een online enquête 3.500 huisartsen en huisartsen in opleiding gevraagd naar de kern van het huisartsenvak (LHV & NHG, 2023). Er worden vier nieuwe kernwaarden geformuleerd. Ten eerste 'persoonsgericht', waarmee de inbreng van de patiënt nadrukkelijker benoemd wordt. De tweede is 'medisch-generalistisch': "De huisarts is de medisch-generalistisch expert, gericht op lichamelijke en psychische klachten en passende medische zorg"(LHV & NHG, 2023), Als derde kernwaarde werd 'continu' opgesteld: huisartsenzorg in het algemeen, niet een individuele huisarts, is een constante factor in de medische zorg voor patiënten. De vierde kernwaarde is 'gezamenlijk', die stelt dat de huisarts een teamspeler is die samenwerkt met de patiënt, anderen binnen de huisartsenzorg en zorgverleners daarbuiten (LHV & NHG, 2023).

Passend bij deze ontwikkelingen zette de trend van solopraktijken naar verschillende samenwerkende organisatievormen door. In 2012 werkte 83% van de huisartsen in een duo- of groepspraktijk (D. T. P. Van Hassel & Kenens, 2013). De noodzaak om efficiënter samen te werken is waarschijnlijk ook één van de redenen voor het ontstaan van ketens: praktijk-overstijgende samenwerkingen binnen één organisatorisch verband waarin schaalvoordelen behaald kunnen worden door de vaste lasten te spreiden en personeel efficiënter in te zetten. De ketenorganisatie neemt dan vaak een belangrijk deel van de niet-zorgtaken over die verbonden zijn aan het praktijkhouderschap. Dit kan de huisarts ontlasten waardoor er meer tijd vrijkomt voor het verlenen van zorg. Daarnaast worden ook vervanging bij ziekte en samenwerking bij medische vraagstukken gemakkelijker. Verder kan de schaalvergroting ervoor zorgen dat websites, digitale hulpmiddelen en andere ICT-innovaties efficiënter ontwikkeld en ingezet kunnen worden.

De eerste ketens ontstaan wanneer de zogenaamde koepels opgericht worden: overkoepelende organisaties die zich richten op regionale samenwerking tussen gezondheidscentra (InEen, 2023). Eerstelijns organisatie InEen spreekt van een 'koepel' wanneer twee of meer gezondheidscentra zijn aangesloten bij een overkoepelde organisatie. De koepels zijn stichtingen en hebben dus geen winstoogmerk, en eventuele winst wordt weer terug geïnvesteerd in de

² Deze data is verkregen door een extra analyse op de data die gebruikt is in het gerefereerde onderzoek.

³³ Toelichting vanuit het gerefereerde onderzoek: Ondanks de grote hoeveelheid gegevens waarvan gebruik gemaakt is in dit onderzoek, blijven omissies om bepaalde ambities volledig in beeld te brengen. In dat geval is de inschatting van de te nemen stappen 'met voorbehoud' geformuleerd (D. Van Hassel, Korevaar, Batenburg, & Schellevis, 2015).

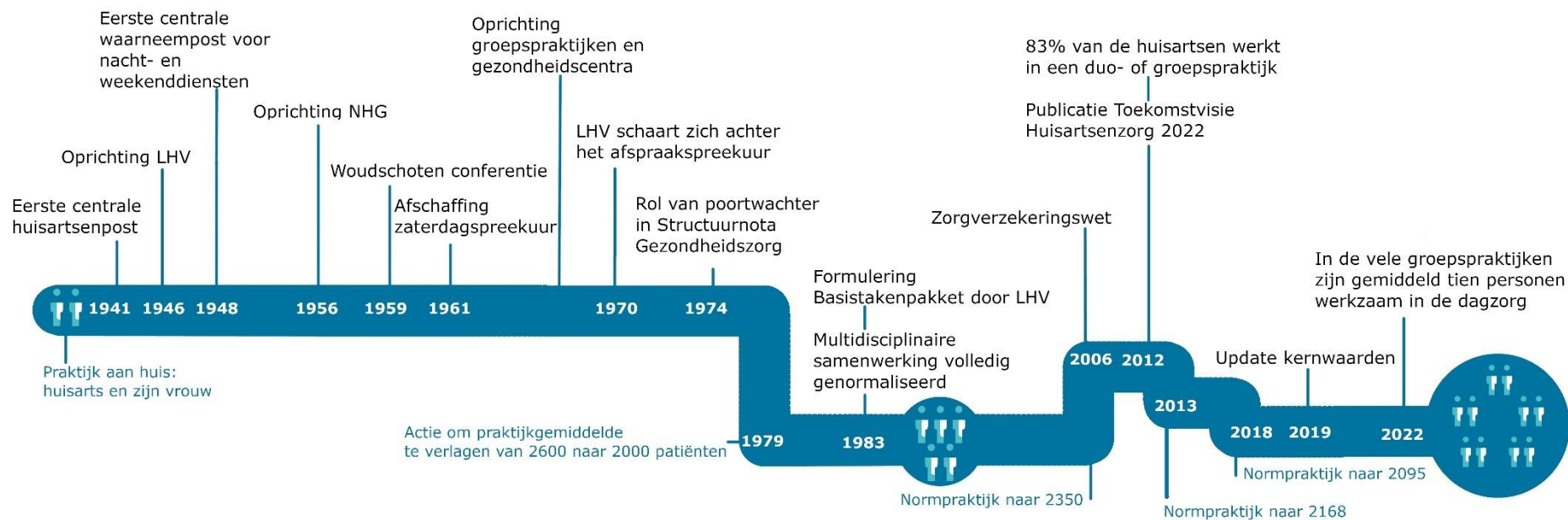
organisatie. De praktijken die verbonden zijn aan koepels van gezondheidscentra zijn voor het merendeel praktijken waarbij de huisarts ook praktijkhouder is. Voor de nieuwe generatie huisartsen is het praktijkhouderschap echter vaak niet aantrekkelijk: hoge regeldruk en administratieve lasten, de complexe organisatiestructuur, hoge overnameprijzen en de wens van veel huisartsen om parttime te werken ontmoedigen de overname van een bestaande praktijk (R. Batenburg et al., 2018); (Vis, Flinterman, & Batenburg, 2022). Een alternatief is om in loondienst te gaan bij een praktijk.

Organisaties met een winstoogmerk kunnen van deze ontwikkeling gebruik maken door enkel met huisartsen in loondienst of met ZZP-ers te werken. Wanneer zo'n praktijk met een commercieel doel geëxploiteerd wordt kunnen we spreken van een commerciële praktijk. Dit hoeft overigens niet meteen te betekenen dat een Private Equity (PE) investeerder betrokken is bij een dergelijke keten. Een PE partij is een specifieke soort investeerder die vaak belegt in niet-beursgenoteerde bedrijven met geld van bijvoorbeeld vermogende individuen, pensioenfondsen of verzekeringsmaatschappijen. In het volgende hoofdstuk zullen we het fenomeen PE iets verder behandelen (§3.1). Hoewel commerciële ketenvorming een nieuwe ontwikkeling is voor de huisartsenzorg kennen we het al langer in andere sectoren van de eerstelijns zorg. In de mondzorg, fysiotherapie en ook de apothekenbranche is dit proces van commerciële ketenvorming bijvoorbeeld al ver gevorderd (Kleijn, 2023). Een belangrijk verschil tussen de ketens van gezondheidscentra en de commerciële ketens is dat deze commerciële ketens de BV als rechtsvorm hebben. Dit betekent dat winst in principe aan de aandeelhouder(s) uitgekeerd kan worden en er op deze manier dus geld uit de zorg kan 'verdwijnen'. Onder andere dit punt leidt tot maatschappelijke spanningen. De waarden van de huisartsenzorg, zoals opgesteld tijdens de Woudschoten conferentie in 1959 en geherformuleerd in 2019 zijn onderdeel van de beroepsethiek en identiteit van het vak. Deze waarden kunnen botsen met het op commerciële basis runnen van een praktijk. Ook hierdoor zorgt de vorming van commerciële ketens voor onrust binnen de beroepsgroep en de maatschappij.

Uit dit historische overzicht komen twee lijnen in de ontwikkeling van praktijken binnen steeds grotere verbanden naar voren. Enerzijds staat de afbakening van de zorgtaken van huisartsen door allerlei ontwikkelingen steeds verder onder druk: andere werkzaamheden – anders dan het verlenen van zorg – leggen steeds meer beslag op de tijd van een huisarts. Anderzijds breidt het begrip van 'goede zorg' zich steeds verder uit. Vooral de opkomst van de integrale- en multidisciplinaire zorg in de jaren zeventig van de vorige eeuw leidt tot een toename van de reikwijdte van de huisartsenzorg en tot integratie met andere zorgdisciplines.

In Figuur 1 staan de belangrijkste ontwikkelingen die in dit hoofdstuk beschreven zijn in een tijdlijn. Deze tijdlijn is een grafiek van de normpraktijk per periode. In de jaren zeventig van de vorige eeuw was het praktijkgemiddelde 2.600 patiënten per voltijds werkende huisarts ("Positieve reacties op actie kleinere dokterspraktijken," 1979). Sinds 2018 is de normpraktijk na wat tussentijdse schommelingen 2.095 patiënten. Er is ondertussen ook een beweging gaande om de normpraktijk te verlagen naar 1.800 patiënten (Van der Horst et al., 2018).

Figuur 1 Samenvattende tijdslijn inclusief de ontwikkeling van de normpraktijk



3 Context bij ketenpartijen en ontstane onrust

In het vorige hoofdstuk zijn de organisatorische ontwikkelingen binnen de huisartsenzorg beknopt weergegeven. We zitten nu in een periode waarin ketenvorming met een winstoogmerk ook binnen de huisartsenzorg toeneemt. Er is verwarring over het soort van partijen die nu een rol spelen in de huisartsenzorg. Met name over de rol die 'Private Equity' hierin zou spelen is veel onduidelijkheid. In paragraaf 3.1 wordt daarom kort ingegaan op de betekenis van dit begrip en de rol die deze partijen momenteel hebben in de (huisartsen)zorg.

In paragraaf 3.2 wordt aandacht besteed aan de vraag waarom de ontwikkeling van ketenvorming in de huisartsenzorg tot onrust leidt binnen de beroepsgroep van huisartsen en de maatschappij in het algemeen. Deze paragraaf gaat in op het belang van dit onderzoek en vervolgonderzoek om meer inzicht te krijgen in deze ontwikkelingen en wat dit kan betekenen voor onze maatschappij. Deze verdiepende reflectie is niet volledig, maar gaat in op een aantal kernpunten van de identiteit van de huisartsenzorg die mogelijk beïnvloed zullen worden door deze nieuwe ontwikkeling.

3.1 De rol van private equity

'Private Equity' (PE; in het Nederlands 'participatiemaatschappijen') is een verzamelnaam voor investeerders die door middel van het kopen van een belang in een onderneming (het 'portfoliobedrijf') winst proberen te behalen op hun belegging. Zij doen dit veelal met geld dat door pensioenfondsen, vermogende particulieren, banken en andere partijen in een fonds (beheerd door de PE partij) geïnvesteerd is. Meestal gaat het om een beleggingsperiode van vijf tot zeven jaar, waarna een PE partij de deelneming met winst probeert te verkopen, hoewel er ook fondsen zijn die een langere investeringshorizon hanteren. Tijdens de investeringsperiode oefent een PE partij invloed uit op het beleid van een onderneming door haar positie als aandeelhouder en veelal ook door een investeringsovereenkomst te sluiten met het portfoliobedrijf. Daarin staan de rechten en plichten van de partijen beschreven. Gedurende de investeringsperiode brengt de PE partij veelal kosten voor haar diensten in rekening aan het portfoliobedrijf, en zal ze een gedeelte van de winst laten uitkeren aan zichzelf en aan de investeerders. Wanneer dit een zorgonderneming betreft verdwijnt dit geld in principe uit de zorg naar de (buitenlandse) investeerders.

Er zijn verschillende strategieën die PE partijen gebruiken om tot een maximaal rendement te komen. Een bekende, agressieve manier is om een bedrijf veel geld te laten lenen, financieel te herstructureren en op die manier het rendement op het geïnvesteerd vermogen te verhogen. Dit komt door het hefboomeffect (*leverage*): het rendement op het eigen vermogen stijgt als gevolg van het aantrekken van meer vreemd vermogen (schuld) tegen een vast rentepercentage. Ook het strippen van een bedrijf in (verkoopbare) onderdelen (zoals vastgoed) past binnen een dergelijke strategie. Dit is het traditionele model van de 'roofriders' dat in de jaren tachtig ontstaan is in de Verenigde Staten (VS). Een recent voorbeeld van een Nederlands bedrijf dat op een dergelijke manier geëxploiteerd is, is de HEMA (Heilbron, 2018; Vermeulen, 2020). Aan de andere kant van het spectrum staan PE huizen, die meer operationeel gericht zijn. Ze proberen vooral door het herstructureren van bedrijfsprocessen en het stroomlijnen van de operationele bedrijfsvoering de waarde van een onderneming te verhogen. Dit model is meer gebaseerd op kennis van efficiency-/procesverbetering ('hands-on model') en ervaring met het introduceren van commerciële bedrijfsmodellen in traditioneel niet-commerciële sectoren. Dit is bijvoorbeeld gebeurd met kinderdagverblijven en dierenartsklinieken.

In het algemeen maakt een 'add-on' of 'buy-and-build' strategie vaak onderdeel uit van het arsenaal van een PE investeerder. Hierin wordt geprobeerd om door middel van overnames van andere bedrijven een sterke, op monopolisering berustende positie in een bepaalde bedrijfstak of regio op te bouwen. Deze strategie is vergelijkbaar met ketenvorming: voorheen onafhankelijke ondernemingen worden samengevoegd om efficiencyvoordelen te behalen en prijsvorming te beïnvloeden. In de zorg is ketenvorming door PE partijen al zichtbaar in de mondzorg en geestelijke gezondheidszorg. Hoewel in de zorg prijsvorming veelal niet vrij is (doordat er vaste tarieven zijn) kan concentratie wel degelijk voordeel opleveren in onderhandelingen met bijvoorbeeld zorgverzekeraars, leveranciers en andere zorgverleners (Appelbaum & Batt, 2020). In de huisartsenzorg zijn PE partijen nog nauwelijks actief, maar gezien de ervaringen in andere sectoren kan dit snel veranderen (Van Poll, 2023a, 2023b). De geconstateerde ontwikkeling naar ketenvorming in de huisartsenzorg kan de toetreding van PE bovendien vergemakkelijken. Een (gedeeltelijke) overname van een keten betekent dat er in één keer invloed uitgeoefend kan worden in meerdere praktijken, zonder dat eerst allerlei (kleine) overnames gedaan hoeven te worden. Een inmenging door een PE partij kan vergaande gevolgen hebben. Appelbaum en Batt (2020) wijzen op het verlies aan professionele autonomie dat gepaard kan gaan met een PE investering. Ook als een PE partij niet direct een meerderheidsbelang neemt kan zij vergaande invloed uitoefenen door middel van de investeringsovereenkomst. Het weglekken van geld uit de zorg is al genoemd. Hoewel dit in principe ook kan gebeuren wanneer andere partijen buiten de zorg investeren in een zorgonderneming, is het doel van PE uiteindelijk het maximaliseren van het rendement van een belegging. Dat kan overlappen met het doel om een op langere termijn winstgevendende onderneming op te bouwen, maar dat hoeft niet.

Voor Nederland is er nog nauwelijks onderzoek gedaan naar de gevolgen van PE investeringen in de zorg. In andere landen bestaat dit onderzoek wel. Vooral in de VS zijn er diverse studies gedaan naar de effecten van PE investeringen op de kosten en kwaliteit van zorg. Een recente review van Borsa, Bejarano, Ellen, & Bruch (2023) laat zien dat de meeste onderzochte studies toegenomen kosten voor patiënten en verminderde kwaliteit van zorg aantonen (Borsa, Bejarano, Ellen, & Bruch, 2023). De resultaten verschillen nogal tussen de onderzoeken, hetgeen wellicht mede verklaard kan worden door de verschillende strategieën die PE partijen hanteren. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat de institutionele context in de VS verschilt van die in Nederland: in de VS hebben PE investeerders meer vrijheid om veranderingen door te voeren dan in Nederland.

3.2 Waarom is er onrust over ketenvorming in de huisartsenzorg?

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 wordt het zorgsysteem steeds complexer en wordt er van huisartsen steeds meer verwacht. Dit roept de vraag op of het houdbaar is dat we van huisartsen verwachten dat ze in deze complexe zorgorganisatie eindverantwoordelijk zijn. Ze zijn immers opgeleid als medicus, niet als bedrijfsmanager. Al zo'n dertig jaar geven zorgverleners aan dat ze te veel tijd kwijt zijn aan administratie en hierdoor te weinig toekomen aan datgene waar ze voor opgeleid zijn: medische hulp verlenen (Tonkens, 2021). Zolang deze administratieve druk niet vermindert en er geen partijen zijn die kennis hebben van-, en interesse hebben in, de bedrijfsmatige en organisatorische kant van de huisartsenzorg blijft dit een taak van de praktijk houdend huisarts. Dan blijft de druk voor huisartsen dus hoog. Aan de andere kant hebben huisartsen een bepaalde autonomie en professionele vrijheid nodig om volgens de beroepsethiek te kunnen handelen (Hilhorst, 2004).

Volgens Hilhorst (2004) zijn er twee lijnen waarmee de beroepsethiek binnen de gezondheidszorg ontwikkeld wordt. Ten eerste is er een interne zelfregulering binnen de beroepsgroep. Het gaat hier bijvoorbeeld om het afleggen van de eed, beroepscode, gedragsregels,

standaarden en protocollen waarmee zorgprofessionals (en beleidsmakers) bepalen wat zij zien als goede zorg en dit vastleggen (Hilhorst, 2004). Ten tweede heeft ook de maatschappij een stem in wat gezien wordt als goede zorg. Een beroepsethiek is dynamisch en altijd verbonden met maatschappelijke ontwikkelingen en staat zo altijd in een breder verband (Hilhorst, 2004). Wanneer een externe organisatie, van buiten de zorg, zoals een ketenorganisatie, invloed gaat uitoefenen op de organisatie van een huisartsenpraktijk kan dit betekenen dat huisartsen de professionele vrijheid verliezen om volgens de beroepsethiek te kunnen handelen. Hierin zit een organisatorisch dilemma dat kenmerkend is voor deze tijd. Een belangrijke vraag is dan ook of ketenvorming binnen de huisartsenzorg invloed heeft op de professionele vrijheid van huisartsen. In deze paragraaf zal kort ingegaan worden op drie veel genoemde risico's van ketenvorming in relatie tot de professionele vrijheid van een arts: belangenverstremming, patiëntselectie en de kwaliteit van zorg.

Wanneer een externe organisatie – van buiten de zorg – de bedrijfsmatige kant van een huisartsenpraktijk overneemt kan het risico van belangenverstremming opkomen. Dit komt voort uit het zoeken naar een balans tussen goede beslissingen nemen vanuit het bedrijfsperspectief en tegelijkertijd de artsen vrij laten om naar hun beste medische inzicht te handelen. Ook de arts kan in deze situatie met een versterkte vergelijkbare tegenstelling van belangen geconfronteerd worden. Aan de ene kant is er het belang van de patiënt en aan de andere kant de bedrijfsmatige druk om bijvoorbeeld vanwege contracten – die de externe organisatie heeft afgesloten – naar een specifieke arts of zorginstelling door te verwijzen (Hilhorst, 2004). Een winst oogmerk van de organisatie kan hierdoor op gespannen voet komen te staan met het juist medisch handelen volgens de beroepsethiek (Hilhorst, 2004).

Vanuit een winstperspectief zijn vooral mensen interessant die niet of nauwelijks bij de huisarts komen. De huisartsenpraktijk ontvangt namelijk inschrijfgeld voor deze groep, ook als ze geen aanspraak maken op zorg en de praktijk dus geen extra geld kosten. Ondanks dat het niet volledig te voorspellen is welke groep mensen wel of geen zorg nodig zal hebben kan een winstperspectief leiden tot patiëntselectie binnen ketenpraktijken. Dit zou rechtstreeks tegen de beroepsethiek van de arts ingaan die enkel op medische gronden een selectie mag maken. Wanneer er inderdaad zo'n patiëntselectie plaats zou vinden kan dit ook consequenties hebben voor omliggende praktijken en de kwaliteit van zorg daar. Mensen die wel regelmatig behoefte hebben aan huisartsenzorg zullen op zoek willen gaan naar een andere huisartsenpraktijk wanneer ze bij de huidige praktijk niet goed geholpen worden. Hierdoor kan de druk op omliggende huisartsenpraktijken toenemen waardoor het nog moeilijker wordt om daar kwalitatief goede zorg te bieden, als er met de huidige schaarste al ruimte is om deze extra groep patiënten zorg te bieden.

Eén van de argumenten die gegeven wordt in het voordeel van ketenvorming binnen de huisartsenzorg is dat dit kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg in deze praktijken. Het idee hierachter is dat kwalitatief goede zorg leidt tot tevreden patiënten waardoor een ketenpraktijk gestimuleerd wordt om kwalitatief goede zorg te leveren. Het zijn immers deze mensen die een keuze maken bij welke huisartsenpraktijk ze zich in gaan schrijven die bepalen wat als kwalitatief goede zorg gezien wordt (Hilhorst, 2004). Een voorwaarde hiervoor is dat het voor mensen zichtbaar is waar de kwaliteitsverschillen zitten tussen de praktijken (Zuuren, 2004) en dat mensen de ruimte en kennis hebben om heel bewust te kiezen voor een huisartsenpraktijk. Vanwege de tekorten binnen de huisartsenzorg en de patiëntenstops die hier het gevolg van zijn is dit op dit moment vaak al niet mogelijk. Zo was in 2022 bij 58% van de huisartsenpraktijken regelmatig of vaak sprake van een patiëntenstop door capaciteitsproblemen (Flinterman et al., 2023).

Een belangrijke reden waardoor ketenpraktijken, beter dan individuele huisartsenpraktijken, zichtbaar kunnen maken wat zij zien als goede zorg en zich op deze manier kunnen onderscheiden, is omdat ze mensen in dienst kunnen nemen die zich bezighouden met de marketing van de praktijk. Dit kan onder andere door het bouwen van een overzichtelijke en informatieve website met reviews van tevreden patiënten. Dit zorgt ook voor zichtbaarheid bij mensen die nog niet ingeschreven zijn bij een huisarts dichtbij huis, bijvoorbeeld na een verhuizing. Dit is een behoorlijke investering in tijd en

kennis waar een kleine huisartsenpraktijk niet het geld of de middelen voor heeft terwijl een ketenpraktijk dit door de schaalvergroting wel heeft. Volgens dezelfde argumentatie kunnen ketenpraktijken makkelijker investeren in innovatie, ook dit is immers een manier om je als keten van andere praktijken te onderscheiden en iets waar je als losse praktijk vaak minder middelen en specifieke kennis voor in huis hebt (Keuper, Batenburg, Verheij, & Van Tuyl, 2021). Of deze potentiële ruimte om innovaties te integreren in de praktijk ook bijdraagt aan goede kwaliteit- en continuïteit van zorg zal moeten blijken.

Een belangrijk risico dat verbonden is met deze argumentatie is dat er uitgegaan wordt van kwalitatieve zorg als instrumentele waarde (Hilhorst & van Zuuren, 2004). Dit betekent dat kwaliteit van zorg een doel in zichzelf wordt. Nu is het leveren van kwalitatief goede zorg uiteraard een belangrijk doel binnen de gezondheidszorg, maar hier kan op verschillende manieren mee omgegaan worden. De makkelijkste manier om te laten zien dat er aan dit doel van kwalitatief goede zorg voldaan wordt is door dit volledig te definiëren aan de hand van meetbare elementen (Mitchell, Cribb, & Entwistle, 2021). Om een voorbeeld te noemen: het is te meten hoeveel tijd er zit tussen wanneer een patiënt belt voor een afspraak met de huisarts en de gemaakte afspraak. Maar snel een afspraak kunnen maken staat niet altijd gelijk aan het leveren van de beste kwaliteit van zorg. Soms is wat langer wachten op een afspraak met een huisarts die je goed kent en die je vertrouwt veel belangrijker. Wanneer commerciële ketenvorming zou leiden tot concurrentie op basis van met name meetbare aspecten van kwaliteit van zorg kan dit gaan definiëren wat we zien als goede zorg. Dit komt niet noodzakelijkerwijs overeen met de maatschappelijke visie hierop. De waarde van leven, de integriteit van het leven, de individuele interpretatie van kwaliteit van leven en het belang van gezondheid worden door velen gezien als intrinsieke waarden van de geneeskunst en dus ook als essentieel binnen de huisartsenzorg. Wanneer dit vervangen wordt door de instrumentele waarde van kwaliteit van zorg volgens de (potentiële) patiënt worden niet alleen deze intrinsieke waarden aan de kant geschoven, maar ook de waarde van het eerlijk medisch oordeel van de huisarts (Hilhorst & van Zuuren, 2004). Dit kan een significante beperking zijn van de professionele vrijheid van de huisarts die nodig is om te handelen volgens de beroepsethiek, zoals ook benoemt in de KNMG-gedragscode voor artsen (Schuitemaker, Derckx, Zetsma, & Tromp, 2022).

Ketenvorming is een reactie op de hoge druk binnen de huisartsenzorg en het zoeken naar organisatorische oplossingen om de druk te verlagen is dan ook belangrijk. Tegelijkertijd hebben we in Nederland een sterke eerste lijn en willen we deze behouden. Het is daarom belangrijk de invloed op de kwaliteit van zorg van verschillende nieuwe ontwikkelingen te onderzoeken, zoals ketenvorming gecombineerd met een winstoogmerk. Met dit rapport en de data die in de volgende hoofdstukken gepresenteerd wordt is aan een randvoorwaarde voldaan om hier in de toekomst een vollediger antwoord op te kunnen geven. In het volgende hoofdstuk zal beschreven worden hoe in dit onderzoek de organisatievormen in de huisartsenzorg in kaart zijn gebracht en in hoofdstuk 5 zullen de resultaten hiervan gepresenteerd worden. In de beschouwing (§6.1) wordt verder ingegaan op de vragen voor vervolgonderzoek, waaronder vragen over de kwaliteit van zorg in relatie tot de organisatievormen in de huisartsenzorg.

4 Methoden en definities om de organisatievormen in de huisartsenzorg te beschrijven

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste stappen van het dataverzamelingsproces genoemd. In bijlage A staan deze stappen uitgebreid beschreven en gaan we dieper in op de keuzes die zijn gemaakt bij verzamelen van de gegevens.

Er kan op verschillende niveaus gekeken worden naar de (ontwikkeling van) diverse organisatievormen binnen de huisartsenzorg. Wat betreft de organisatie van de huisartsenzorg is ‘de huisartsenpraktijk’ de kleinste organisatorische eenheid. Het Nivel maakt in zijn registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken sinds het begin onderscheid tussen solo-, duo- en groepspraktijken (R. S. Batenburg et al., 2022); zie bijlagen A en B in dat rapport)). Dit onderscheid wordt sinds 2012 gemaakt op basis van het aantal ‘regulier gevestigde’ huisartsen dat werkzaam is in de praktijk. Onder ‘regulier gevestigde huisartsen’ worden huisartsen verstaan die een functie vervullen als (1) zelfstandig gevestigde huisartsen (c.q. praktijkhouder), (2) huisartsen in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts (HIDHA) en (3) vaste waarnemers (huisartsen die in een beperkt aantal praktijken op vaste basis regelmatig diensten vervullen). Er zijn verschillende manieren om de organisatie van de huisartsenzorg te beschrijven. Deze indeling kan uitgebreid worden met het gezondheidscentrum en het samen vestigen van huisartsen in een Huisarts Onder Een Dak (HOED) praktijk zoals gedaan is in de ‘handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra’ (Landelijke Huisartsen Vereniging et al., 2023). De LHV spreekt naast de solo-, duo, groepspraktijk ook over de HOED praktijk, gezondheidscentrum, de ‘nulpraktijk’ of vrije vestigingspraktijk en de apotheekhoudende praktijk (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2023a).

In dit rapport onderscheiden we, de definities van het Nivel, de handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra en de LHV breder trekkend, zeven verschillende organisatievormen. De eerste vijf zijn de zogenoemde geïnstitutionaliseerde organisatievormen, de laatste twee zijn nieuwere organisatorische ontwikkelingen.

1. Solopraktijk
2. Huisartsen Onder Een Dak (HOED)
3. Apotheek en Huisarts Onder Een Dak (AHOED)
4. Apotheekhoudende huisartsenpraktijk
5. Praktijk binnen een gezondheidscentrum
6. Ketenpraktijk
7. Online huisartsenpraktijk

De keuze om te breken met de indeling van solo-, duo-, groepspraktijk is bewust gemaakt om vanuit een ander perspectief naar de organisatievormen in de huisartsenzorg te kunnen kijken om de huidige ontwikkelingen te kunnen duiden. Het onderscheid van solo-, duo- en groepspraktijk is gebaseerd op het aantal huisartsen dat werkzaam is in een praktijk. Dit stelt de huisarts centraal, terwijl veel huisartsenpraktijken ondertussen veel complexer georganiseerd zijn. Om de overstap naar dit nieuwe perspectief inzichtelijker te maken staat in Tabel 11, in bijlage A, de verdeling van de solo-, duo-, groepspraktijken binnen de vijf geïnstitutionaliseerde organisatievormen die we in dit

rapport aanhouden.⁴ Zoals benoemd in het vorige hoofdstuk is het identificeren van de rechtsvorm van de verschillende organisaties in de huisartsenzorg relevant om iets te kunnen zeggen over ketenvorming en daarbinnen ketens met ‘mogelijke commerciële doeleinden’. Om specifiek meer inzicht te krijgen in deze rechtsvormen (in relatie tot de onderscheiden organisatievormen) binnen de Nederlandse huisartsenzorg is de database van de Nivel-huisartspraktijkenregistratie⁵ uitgebreid. De Kamer van Koophandel (KvK)-nummers van alle huisartsenpraktijken in de Nivel-huisartspraktijkenregistratie zijn toegevoegd en gekoppeld aan data over de rechtsvorm van de praktijken uit het handelsregister. Met behulp van de adresgegevens en de gegevens over nevenvestigingen is de organisatievorm van alle huisartsenpraktijken bepaald. Op basis hiervan konden alle huisartsenpraktijken ingedeeld worden volgens één (of meerdere) van de eerste zes organisatievormen. De online huisartsenpraktijken zijn apart via een online zoekstrategie gecategoriseerd. Door het secuur bekijken van de websites van praktijken die zich presenteren als online huisartsenpraktijk is gecontroleerd of ze voldeden aan de in dit rapport gehanteerde definitie.

Definities

In dit rapport worden zeven organisatievormen onderscheiden en de hiervoor gehanteerde definities zijn weergegeven in Tabel 1.

Bij het definiëren van deze zeven verschillende organisatievormen is de opkomst van integrale- en multidisciplinaire zorg een uitgangspunt geweest. De uitdaging bij het definiëren van organisatievormen is dat er geen vastomlijnde definities zijn. Alleen de apotheekhoudende praktijk is gebonden aan een registratiesysteem en is daarmee een beschermde term. De andere termen voor organisatievormen worden veel gebruikt, maar zijn geen vastgelegde of beschermde termen. Iedere praktijk kan bijvoorbeeld de term ‘gezondheidscentrum’ hanteren zonder dat er aan specifieke voorwaarden hoeft te worden voldaan. De definities waar wij voor gekozen hebben zijn daarnaast ook niet uitsluitend. Sommige praktijken voldoen dus aan de definitie van meerdere organisatievormen. Een (A)HOED praktijk, solopraktijk of apotheekhoudende praktijk kan ook binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn. En een apotheekhoudende praktijk kan ook onderdeel zijn van een HOED (hoewel niet van een AHOED). Een deel van de AHOED praktijken voldoet bovendien ook aan de criteria voor een HOED. Bij deze laatste groep is er wel voor gekozen om de praktijken die aan de criteria van een HOED en AHOED voldoen, alleen als AHOED te categoriseren. Ook kan iedere praktijk met een geïnstitutionaliseerde organisatievorm onderdeel zijn van een keten en daarom ook meetellen als ketenpraktijk. Waar mogelijk zijn de gehanteerde definities gebaseerd op vergelijkbare definities en de meest geaccepteerde maatschappelijke betekenis. Bij het presenteren van de gegevens over de verschillende organisatievormen van huisartsenpraktijken (c.q. huisartsenvoorzieningen) in dit rapport zal zoveel mogelijk aangegeven worden of, en in welke mate, er overlap is tussen de onderscheiden organisatievormen. Een overzicht van de overlap op praktijkniveau staat in Tabel 12, in bijlage A. Het onderscheid tussen een top-down- en bottom-up ketenpraktijk is gebaseerd op het onderscheid dat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) maakt in het rapport ‘De basis op orde’ (Raad Volksgezondheid en Samenleving, 2023). In dit rapport voegen we hier een onderscheid van verschillende varianten aan toe. Deze organisatievorm en de verschillende varianten worden verder besproken in paragraaf 5.3.1.

⁴ [Beroepenregistraties in de Gezondheidszorg - cijfers over zorgberoepen | Nivel](#)

⁵ [Beroepenregistraties in de Gezondheidszorg - cijfers over zorgberoepen | Nivel](#)

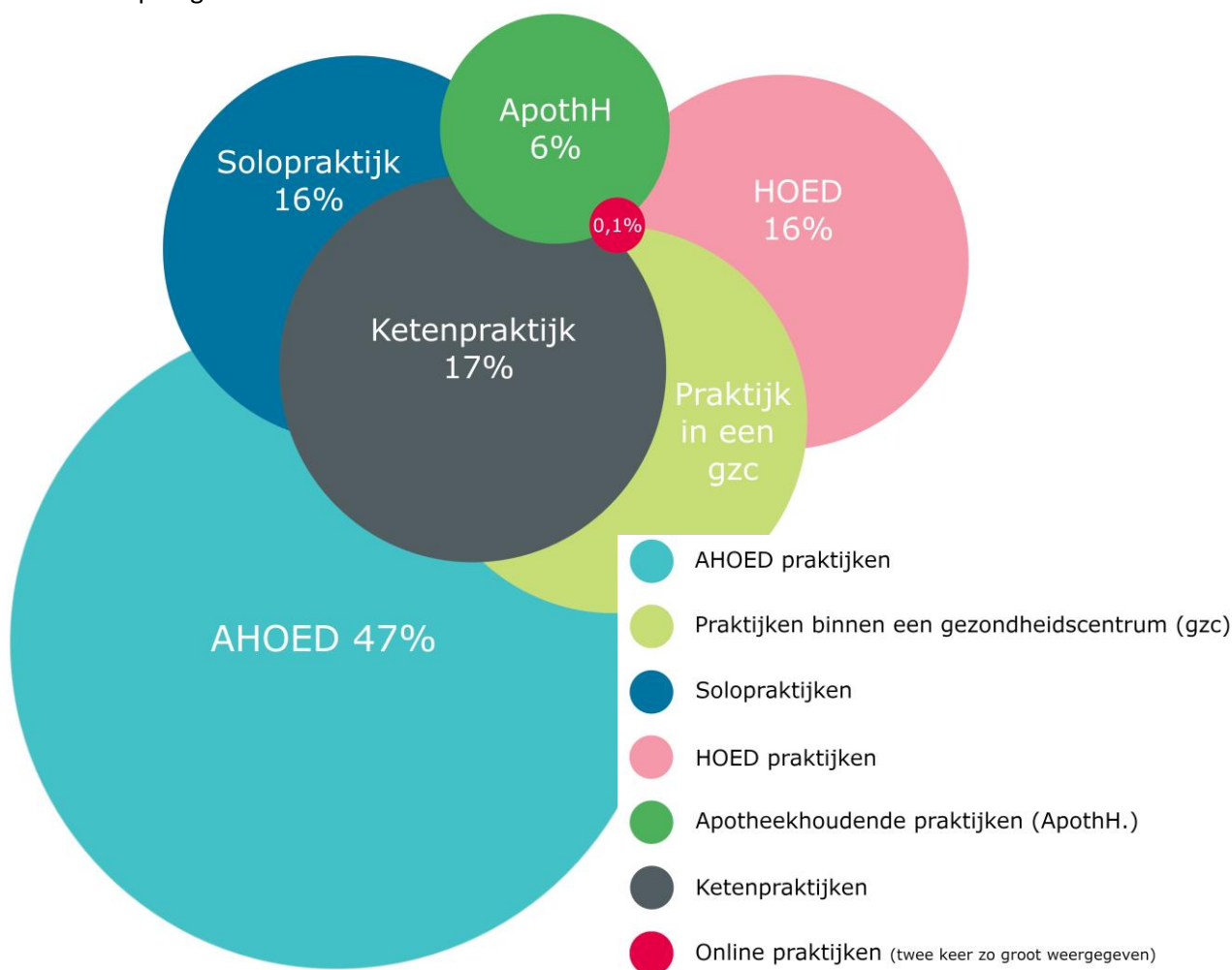
Tabel 2 Definities van de verschillende organisatievormen binnen de huisartsenzorg

Organisatievorm	Definitie	
1. Solopraktijk	Een huisartsenpraktijk met één regulier gevestigde huisarts.	
2. Apotheekhoudende praktijk	Huisartsenpraktijk waar een apotheek onderdeel van is, het is één bedrijfsjuridische entiteit. De praktijkhouder staat geregistreerd als apotheekhoudend huisarts.	
3. Huisartsen Onder Een Dak (HOED)	Twee of meerdere huisartsenpraktijken gevestigd in één gebouw (geen apotheek in hetzelfde gebouw). Deze praktijken delen dus wel een locatie, maar geen KvK-nummer: het zijn aparte bedrijfsjuridische entiteiten.	
4. Apotheek en Huisarts Onder Een Dak (AHOED)	Apotheek en tenminste één huisartsenpraktijk gevestigd in één gebouw. Apotheek en huisartsenpraktijk zijn twee aparte bedrijfsjuridische entiteiten.	
5. Huisartsenpraktijk binnen een gezondheidscentrum	Vestiging binnen één gebouw van minimaal twee zorgdisciplines, waarvan ten minste één huisartsenpraktijk, en meer dan alleen apotheek en huisartsenpraktijk (anders een AHOED). Als er zorgverleners van andere disciplines alleen spreekuur houden, en niet permanent gevestigd zijn op de locatie, is er geen sprake van een gezondheidscentrum.	
6. ketenpraktijk		
Top-down ketenpraktijken	Variant 1	Praktijken die hetzelfde externe organisatie als eigenaar hebben. Deze praktijken hebben hetzelfde KvK-nummer als de externe organisatie en zijn daarmee onderdeel van dezelfde bedrijfsjuridische entiteit. Deze externe organisatie is eigenaar van tenminste twee huisartsenpraktijken.
	Variant 2	Praktijken die dezelfde eigenaar hebben, maar daarbij wel onder verschillende KvK-nummers werken. Deze externe organisatie is eigenaar van tenminste twee huisartsenpraktijken.
Bottom-up ketenpraktijken	Variant 1	Externe organisaties zijn onderdeel van de directie van huisartsenpraktijken en delen de bestuursverantwoordelijkheid met de praktijkhouder.
	Variant 2	Een externe organisatie is op hetzelfde adres gevestigd als een huisartsenpraktijk.
7. Online huisartsenpraktijk	Een huisartsenpraktijk die in eerste instantie alleen online contact heeft met patiënten, maar hierop een uitzondering maakt wanneer er medische noodzaak is voor een fysiek consult. (Andere naam: <i>digital-first</i> praktijk)	

5 Resultaten

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: allereerst wordt de verdeling van de rechtsvormen van huisartsenpraktijken beschreven (§5.1). Daarna gaan we in op de organisatievormen op praktijkniveau volgens onze indeling in de zeven categorieën (§5.2 en §5.3). De vijf geïnstitutionaliseerde organisatievormen worden in paragraaf 5.2 beschreven. In paragraaf 5.3 zal ingegaan worden op de andere twee organisatievormen met meer recente ontwikkelingen: de ketenpraktijken (§5.3.1) en de online huisartsenpraktijken (§5.3.2).

In Figuur 2 wordt ten eerste de verdeling van alle ruim 4.800 huisartsenpraktijken in Nederland over deze zeven verschillende organisatievormen gevisualiseerd. Dit is geen formeel Venn diagram, maar een visualisatie om de verhouding en overlap tussen de verschillende organisatievormen duidelijk te maken. Een huisartsenpraktijk kan voldoen aan de criteria voor meerdere gedefinieerde organisatievormen waardoor het totaal meer dan 100% (105,7%) is. De online praktijken en de ketenpraktijken vallen volledig binnen de vijf geïnstitutionaliseerde organisatievormen, het totaal van de geïnstitutionaliseerde organisatievormen is 101,6%. De overlap van de cirkels visualiseert de overlap tussen de organisatievormen zoals ze in dit rapport beschreven worden. Deze visualisatie zal in dit hoofdstuk regelmatig terugkomen om te laten zien wat besproken zal worden in de betreffende paragraaf.



Figuur 2 *Organisatievormen binnen de huisartsenzorg op praktijkniveau*

5.1 Rechtsvormen binnen de huisartsenzorg

Een rechtsvorm is de bedrijfsjuridische vorm waaronder een onderneming deelneemt aan het economische verkeer. Er zijn verschillende rechtsvormen, waarbij het belangrijkste onderscheid te maken is tussen rechtsvormen met rechtspersoonlijkheid (de naamloze- en besloten vennootschap, de vereniging, de stichting en de coöperatie waarin de bestuurder in de meest voorkomende situaties niet persoonlijk aansprakelijk is) en zonder rechtspersoonlijkheid (de eenmanszaak, de maatschap, de vennootschap onder firma en de commanditaire vennootschap. Waarin de bestuurder wel privé aansprakelijk is). Door het koppelen van de KvK-nummers aan alle huisartsenpraktijken in de Nivel-huisartspraktijkenregistratie is op praktijkniveau bepaald welke rechtsvormen binnen de huisartsenzorg in Nederland voorkomen. In Tabel 2 staan de verschillende rechtsvormen van de huisartsenpraktijken weergegeven, waarbij elke huisartsenpraktijk één rechtsvorm toebedeeld heeft gekregen, en we de terminologie van de KvK-rechtsvorm-indeling hebben aangehouden.

Tabel 2 Rechtsvormen van Nederlandse huisartsenpraktijken op praktijkniveau

Rechtsvorm	Aantal	Percentage*
Maatschap	2.186	45,1%
Eenmanszaak	1.895	39,1%
Besloten Vennootschap (BV)	445	9,2%
Nevenvestiging van een BV	72	1,5%
Stichting	25	0,5%
Nevenvestiging van een stichting	100	2,1%
Vennootschap onder Firma (VoF)	43	0,9%
Totaal	4.769	98,4%
Overige**	78	1,6%

*Percentage van het totaal aantal Nederlandse huisartsenpraktijken (n= 4.847), Bron: Nivel-huisartspraktijkenregistratie.

**In 'overige' zijn de rechtsvormen 'coöperatie' (en hun nevenvestigingen), Europese vennootschap en commanditaire vennootschap (CV) opgenomen, alsmede tien praktijken waarvoor we de rechtsvorm niet vast hebben kunnen stellen.

De maatschap is de meest voorkomende rechtsvorm binnen de huisartsenzorg (45%). Dit is een vorm van een 'personenvennootschap' (Van Dooren, Van Dijk, Van der Voort, & Lam, 2022). Binnen een maatschap leiden twee of meer partners gezamenlijk een onderneming onder één naam, terwijl iedere maat nog wel een eigen praktijk voert. Iedere maat is persoonlijk aansprakelijk voor de schulden van het maatschap (Van Dooren et al., 2022).

Na de maatschappen komen de eenmanszaken het meest voor (39%). Dit zijn niet automatisch ook praktijken met de organisatievorm 'solopraktijk', zoals die in dit rapport en in de Nivel-huisartspraktijkenregistratie wordt gehanteerd. Een eenmanszaak kan bijvoorbeeld meerdere huisartsen in dienst hebben.

In het kader van de nieuwe ontwikkelingen van ketenvorming binnen de huisartsenzorg is het interessant om te zien dat 11% van de praktijken als rechtsvorm een (nevenvestiging van een) BV heeft. Een BV is een rechtspersoon, waarbij (anders dan bij bijvoorbeeld een eenmanszaak), de

bestuurders in beginsel niet persoonlijk aansprakelijk zijn voor de schulden van het bedrijf. Het eigendom is in handen van de aandeelhouders van de BV, die daarmee in principe aanspraak kunnen maken op de winst van de onderneming. De BV zou dus winst mogen uitkeren aan de aandeelhouder(s). Dit betekent echter niet dat al deze praktijken ook daadwerkelijk een winsttoegmerk hebben.

Tenslotte zien we dat het percentage stichtingen laag (0,5%) is, in tegenstelling tot wat misschien verwacht zou worden met ketens van gezondheidscentra die als rechtvorm stichting hebben. Dit lage percentage komt doordat deze cijfers op praktijkniveau zijn. Een koepelorganisatie van gezondheidscentra is een stichting, maar dat betekent niet dat de huisartsenpraktijken binnen deze gezondheidscentra dat ook zijn. In Tabel 3 worden daarom apart de rechtsvormen van de huisartsenpraktijken die binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn weergegeven.

Tabel 3 Verdeling van de rechtsvorm van praktijken gevestigd binnen een gezondheidscentrum

Rechtsvorm	Aantal	Percentage*
Eenmanszaak	316	39,5%
Maatschap	265	33,2%
Nevenvestiging van een BV	135	16,9%
Besloten Vennootschap (BV)	57	7,1%
Totaal	773	96,7%
Overige**	26	3,3 %

*Percentage van het totaal aantal praktijken binnen een gezondheidscentrum (n= 799)

** In 'overige' zijn de rechtsvormen 'coöperatie' (en hun nevenvestigingen), Europese vennootschap, Vennootschap onder Firma (VoF) en commanditaire vennootschap (CV) opgenomen, alsmede praktijken waarvoor we de rechtsvorm niet vast hebben kunnen stellen.

Net als bij het totaal aantal huisartsenpraktijken, is de eenmanszaak ook de meest voorkomende rechtsvorm bij praktijken die binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn (40%). Deze praktijken kunnen ook 'andere huisartsen' in dienst hebben waardoor dit percentage niet overeenkomt met het percentage solopraktijken (gedefinieerd als praktijken met één (regulier gevestigde) huisarts). Het aantal praktijken met als rechtsvorm een BV is op dit moment nog een minderheid binnen de organisatievorm van praktijken die binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn (7%). Dit zijn praktijken met één huisarts die in de meeste gevallen ook directeur-groot aandeelhouder (dga) van de vennootschap is.

In Tabel 4 wordt nader ingegaan op de verdeling van de rechtsvormen binnen de solopraktijken. Van de solopraktijken met één (regulier gevestigde) huisarts heeft 68% als rechtsvorm de eenmanszaak, waarbij er dus één huisarts de verantwoordelijk bestuurder is. Daarnaast is 17% van de solopraktijken onderdeel van een maatschap, waarbij de huisarts bestuurlijk en organisatorisch samenwerkt met andere huisartsen. Slechts 10% van de solopraktijken heeft als rechtsvorm BV.

Tabel 4 Verdeling van de rechtsvorm binnen de solopraktijken in 2023

Rechtsvorm	Aantal	Percentage*
Eenmanszaak	534	67,7%
Maatschap	132	16,7%
Besloten Vennootschap (BV)	77	9,8%
Totaal	743	94,2%
Overige**	46	5,8%

*Percentage van het totaal aantal solopraktijken (n= 789)

** Onder 'overige' vallen solopraktijken die nevenvestigingen zijn, onderdeel zijn van coöperaties of van een VoF

5.2 Geinstitutionaliseerde organisatievormen binnen de huisartsenzorg

Van de zeven organisatievormen die we in dit rapport onderscheiden, zijn er vijf die al geruime tijd voorkomen binnen de huisartsenzorg. Zoals hiervoor beschreven is er door de tijd heen een ontwikkeling te zien van de solopraktijk naar steeds complexere samenwerkings- en samenvestigingsstructuren, zowel tussen huisartsen(praktijken) onderling als multidisciplinair binnen een vestigingslocatie. Met een 'samenvestigingsstructuur' wordt een vestiging binnen een (A)HOED of gezondheidscentrum bedoeld. In deze paragraaf worden deze organisatievormen en de varianten hiervan beschreven waarbij ook trends over de tijd worden getoond. Het gaat dan om de solopraktijk (§5.2.1), de apotheekhoudende praktijk (§5.2.2), de HOED en AHOED praktijken (§5.2.3) en de huisartsenpraktijken binnen een gezondheidscentrum (§5.2.4). Als uitgangspunt staan in Tabel 5 de aantallen en de verdeling van deze vijf organisatievormen op praktijkniveau beschreven. In iedere paragraaf over een gevestigde organisatievorm staat ook vermeld wat de eventueel overlap is met andere organisatievormen, zoals ook gevisualiseerd in figuur 2 en weergegeven in Tabel 12 in bijlage A.



Tabel 5 Organisatievormen van Nederlandse huisartsenpraktijken op praktijkniveau

Organisatievorm	Aantal	Percentage*
Solopraktijken	789	16,3%
Apotheekhoudende praktijken	285	5,9%
Praktijken binnen een HOED	758	15,6%
Praktijken binnen een AHOED	2.291	47,3%
Praktijken binnen een gezondheidscentrum	799	16,5%
Totaal	4.992	101,6%

*Percentage van het totaal aantal Nederlandse huisartsenpraktijken (n= 4.847) De percentages tellen niet op tot precies 100% omdat een praktijk tot verschillende organisatievormen kan behoren.

5.2.1 Solopraktijk

De solopraktijk was van oudsher de dominante organisatievorm binnen de huisartsenzorg. De Nivel-huisartspraktijkenregistratie laat echter een gestage afname van het aantal solopraktijken⁶ in Nederland zien. In Tabel 6 staat een overzicht van de afgelopen vier jaar van deze ontwikkeling. Op dit moment (2023) is 16% van de huisartsenpraktijken in Nederland een solopraktijk. Passend in de lijn van de afgelopen vier jaar is dit een lichte daling ten opzichte van vorig jaar.



Tabel 6 Trend van afname van solopraktijken*

	2020	2021	2022	2023
Totaal aantal praktijken	4.885	4.860	4.874	4.827
Percentage solopraktijken	19,9%	18,2%	17,5%	16,3%

*De data van de jaren 2020 – 2022 is afkomstig uit het Nivel rapport *Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken Een actualisering voor de periode 2020-2022* (R. S. Batenburg et al., 2022).

Er is wat overlap tussen de solopraktijk en de andere gevestigde organisatievormen. Er zijn 12 solopraktijken gevestigd binnen een gezondheidscentrum, 35 solopraktijken zijn ook apotheekhoudend en 36 praktijken zijn samen met een andere huisartsenpraktijk en apotheek gevestigd en rekenen we dus ook tot de AHOED praktijken.

Op basis van de data over de organisatievormen van de huisartsenpraktijken die uit de KvK handelsregister met de Nivel-huisartspraktijkenregistratie zijn gekoppeld kunnen we in meer detail kijken naar deze ontwikkeling binnen de solopraktijken. Tabel 7 geeft weer hoeveel solopraktijken alleen op een locatie gevestigd zijn en hoeveel er samen gevestigd zijn. Wat opvalt is dat 64% van de solopraktijken in 2023 onderdeel is van een samenwerkingsstructuur. Slechts 36% van de solopraktijken is dus nog echt alleen gevestigd. Dit is maar zo'n 6% van het totaal aantal huisartsenpraktijken. In Tabel 7 wordt ook de verdeling weergegeven van de verschillende samenwerkingsstructuren. Deze cijfers refereren naar het exacte aantal praktijken dat aan deze definitie voldoet, hierin is geen overlap. Hier valt op dat een relatief groot deel van de solopraktijken samen gevestigd is met een andere huisartsenpraktijk en dus onderdeel is van een HOED (15%) of samen gevestigd is met een andere huisartsenpraktijk en een apotheek (27%). Slechts 1,4% van de solopraktijken is als enige huisartsenpraktijk in een gezondheidscentrum gevestigd en bij 1,3% van de solopraktijken is er ook een apotheek gevestigd. Dit percentage wordt al iets hoger wanneer we spreken over een solopraktijk die met een andere huisartsenpraktijk in een gezondheidscentrum is gevestigd (4%).

⁶ Gedefinieerd als praktijken waar één regulier gevestigde huisarts werkzaam is

Tabel 7 Verdeling van typen solopraktijken in 2023

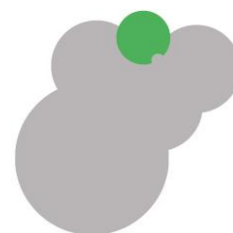
Type solopraktijk	Aantal	Percentage*
Solopraktijken binnen een samenwerkingsstructuur	507	64,3%
Solopraktijken binnen een HOED	122	15,4%
Solopraktijken binnen een AHOED	40	5,1%
Solopraktijken binnen een gezondheidscentrum (gzc)	11	1,4%
Solopraktijken binnen een HOED en AHOED, maar niet in gzc	215	27,3%
Solopraktijken binnen een HOED en gzc, maar niet in AHOED	35	4,4%
Solopraktijken binnen een AHOED en gzc, maar niet in HOED	10	1,3%
Solopraktijken binnen een HOED, gzc, en AHOED	74	9,4%
Solopraktijken buiten een samenwerkingsstructuur **	282	35,7%

* Percentage van het totaal aantal solopraktijken (n= 789)

** Dit is inclusief de apotheekhoudende solopraktijken.

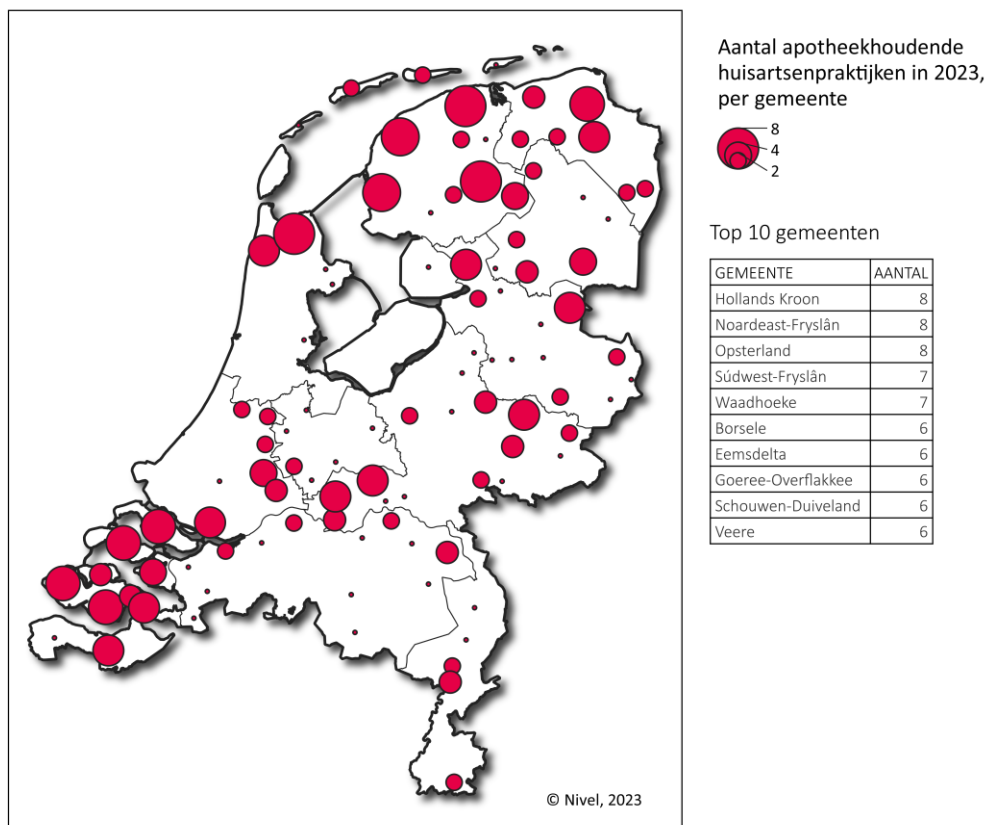
5.2.2 De apotheekhoudende praktijk

Een organisatievorm met een definitie die verbonden is aan een officiële registratie, is de apotheekhoudende praktijk. Een huisarts met een praktijk in een landelijk gebied, die daardoor voldoet aan het afstandscriterium van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Farmatec, kan een aanvraag doen voor een vergunning voor apotheekhoudend huisarts (Farmatec, 2023).⁷ Wanneer de vergunning wordt toegekend en de praktijkhouder daadwerkelijk een apotheek opent als onderdeel van de huisartsenpraktijk spreken we over een apotheekhoudende huisartsenpraktijk. Dit afstandscriterium wordt ook zichtbaar wanneer gekeken wordt naar de regionale verdeling van deze 285 praktijken, zoals te zien is in Figuur 3. Dit criterium verklaart ook waarom maar een klein percentage (5,9%) van de huisartsenpraktijken apotheekhoudend is. Dit betekent ook dat wanneer er een apotheek geopend wordt binnen het afstandscriterium van 4,5 km een huisartsenpraktijk niet langer apotheekhoudend mag zijn wanneer de praktijk wordt overgedragen. Een apotheekhoudende praktijk kan ook deel uitmaken van een HOED praktijk, dit geldt voor 18 praktijken. Daarnaast zijn 35 apotheekhoudende praktijken ook solopraktijken, zijn 26 apotheekhoudende praktijken onderdeel van een AHOED praktijk en zijn 7 apotheekhoudende praktijken gevestigd binnen een gezondheidscentrum.



⁷ Wanneer de afstand tussen de dichtstbijzijnde apotheek en de daarbij dichtstbij gelegen woning van de patiënt van de vergunning vragende arts 4,5 kilometer is, gemeten over de voor het gemotoriseerde verkeer bestemde weg, wordt er aan het afstandscriterium voldaan (Farmatec, 2023). Als deze afstand tussen de 3,5 en de 4,5 kilometer is, zal het belang van geneesmiddelenvoorziening de doorslaggevende factor zijn of er een vergunning wordt toegekend (Farmatec, 2023).

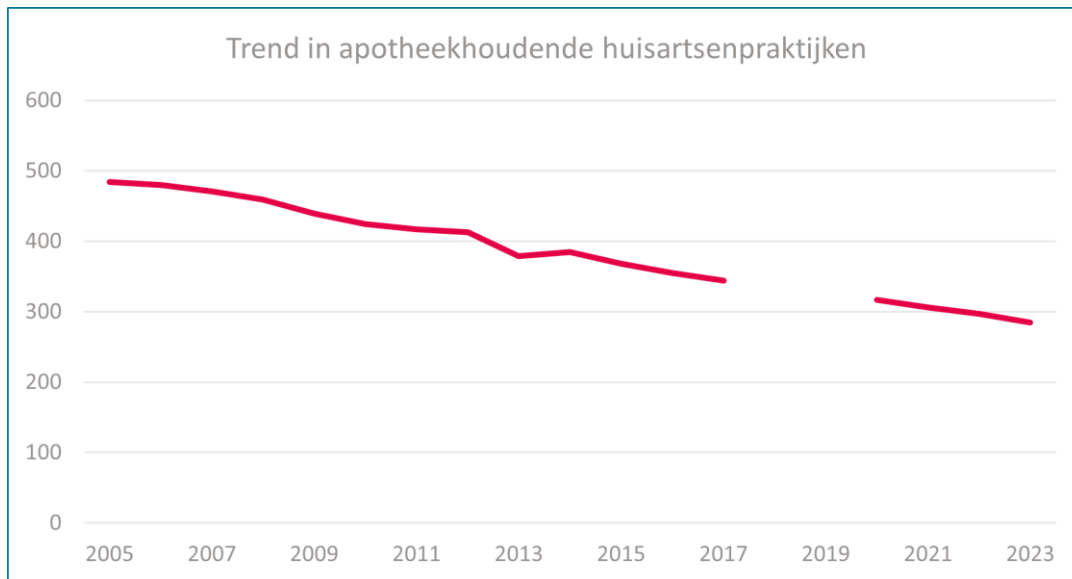
Figuur 3 De spreiding van de apotheekhoudende praktijken binnen Nederland



Net als de solopraktijken is er ook bij de apotheekhoudende huisartsenpraktijken een dalende trend te zien, zo blijkt uit schattingen op basis van de Nivel-huisartspraktijkenregistratie. Deze trend is weergegeven in Figuur 4. De LHV geeft, naast het algemene probleem van het vinden van een opvolger, nog drie redenen voor deze trend (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2021):

- Het gaat vaak om kleinere huisartsenpraktijken die zonder de apotheek niet meer rendabel zijn. Dit zorgt ervoor dat de praktijk zonder de apotheek minder interessant is voor opvolgers die geen apotheekhoudend huisarts willen worden.
- Apotheekhoudend huisartsen hebben te maken met de specifieke farmaceutische afspraken die met iedere zorgverzekeraar gemaakt worden wat leidt tot veel extra bureaucratie.
- Zorgverzekeraars zijn de mogelijkheid aan het verkennen om de distributie van medicijnen voortaan onder te brengen bij landelijke apotheekketens en grote logistieke bedrijven. Deze schaalvergroting kan kosten besparen voor de zorgverzekeraar, maar dit zou negatieve gevolgen kunnen hebben voor de apotheekhoudende huisartsenpraktijken als die hierdoor de apotheek moeten sluiten.

Figuur 4 Trend in aantal apotheekhoudende huisartsenpraktijken



*Bron: Nivel-huisartspraktijkenregistratie. Er zijn geen gegevens bekend van de jaren 2018 en 2019, maar op basis van de data in de Nivel-huisartspraktijkenregistratie zijn we vrij zeker dat het een doorlopende trend is.

5.2.3 HOED en AHOED

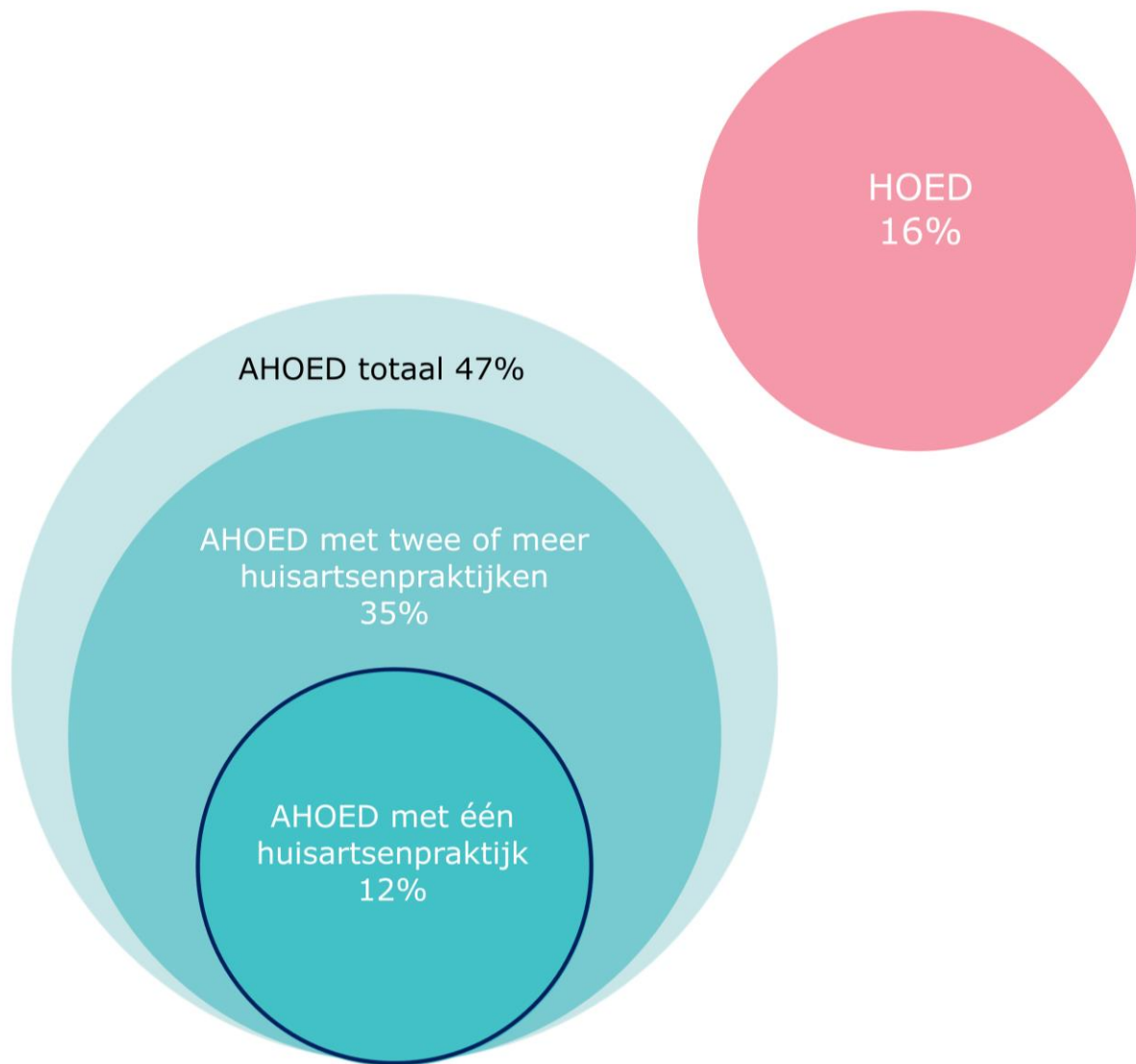
Een huisartsenpraktijk kan ook onderdeel zijn van een organisatiestructuur die bekend staat als Huisartsen Onder Een Dak (HOED) of een Apotheek en Huisarts Onder Een Dak (AHOED). Binnen deze organisatievormen dragen de huisartsen/apothekers de verantwoordelijkheid voor hun eigen praktijk, terwijl ze elkaar wel kunnen ondersteunen op organisatorisch- en administratief vlak. Deze praktijken delen de kosten voor huisvesting en kunnen bijvoorbeeld ook kosten besparen door een gezamenlijke receptie en het voeren van een gezamenlijke administratie. In geval van een AHOED kunnen artsen en apothekers elkaar bovendien consulteren en zo de kwaliteit van de farmacotherapie verhogen.



Volgens het overzicht in Tabel 2 is 16% van de praktijken onderdeel van een HOED. Wanneer er op een locatie ook een apotheek gevestigd is, is er sprake van een AHOED. Er zijn 2.291 huisartsenpraktijken (47% van het totaal aantal praktijken) die voldoen aan deze definitie van een AHOED. Het gaat hier dus om één of meer huisartsenpraktijken en een apotheek die samen in één gebouw gevestigd zijn. Wanneer alleen gekeken wordt naar twee of meer huisartsenpraktijken en een apotheek onder één dak gaat het om 1.684 huisartsenpraktijken (35% van het totaal aantal praktijken). Deze verdeling nuanceert het grote aantal AHOED praktijken door een onderscheid te maken tussen de HOED waarin één zorgdiscipline vertegenwoordigd is (huisartsenzorg), de AHOED met één huisartsenpraktijk en een apotheek (waarin er dus een gelijke verhouding van twee zorgdisciplines is) en de AHOED met twee of meer huisartsenpraktijken en een apotheek (waarmee het een HOED met een extra zorgdiscipline is). In Figuur 5 staat de verdeling van deze drie verschillende (A)HOED organisatievormen.

Ook hier is er wat overlap met andere organisatievormen. Er zijn 129 HOED praktijken en 109 AHOED praktijken die binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn. Daarnaast zijn er 16 HOED praktijken en 26 AHOED praktijken die ook apotheekhoudend zijn. Die laatste groep bevat vooral praktijken waarbij de apotheek onder een andere naam of ander KvK nummer geregistreerd staat. Tot slot zijn er 36 AHOED praktijken die ook solopraktijken zijn.

Figuur 5 De verdeling van HOED en AHOED praktijken



5.2.4 De huisartsenpraktijk binnen een gezondheidscentrum

Een groeiende organisatievorm is het gezondheidscentrum⁸. Waren er in 1997 nog 148 gezondheidscentra waarin een huisartsenpraktijk gevestigd was (Hopman et al., 2009), in 2023 is dat aantal opgelopen naar 799. Hoewel deze aantallen wegens het niet exact overeenkomen van de definities niet één-op-één vergeleken kunnen worden, is het duidelijk dat er deze vorm van multidisciplinaire samen vestiging een sterke groei heeft doorgemaakt. Er kunnen ook meerdere huisartsenpraktijken gevestigd zijn binnen één gezondheidscentrum.⁹ Ook in deze paragraaf kijken we op praktijkniveau naar deze organisatievorm. We zoomen in op de individuele huisartsenpraktijken, niet de overkoepelende organisatie van het gezondheidscentrum zelf. Een belangrijk verschil tussen een huisartsenpraktijk in een gezondheidscentrum en een



⁸⁸ Zie Boerma en Van der Zee (2015) voor een overzicht van de ontwikkeling van het gezondheidscentrum in Nederland. (Boerma, 1982)

⁹ Er zijn ook gezondheidscentra waarin geen huisartsenpraktijk is gevestigd. Omdat in dit rapport de huisartsenzorg centraal staat zijn deze potentiële gezondheidscentra niet meegenomen.

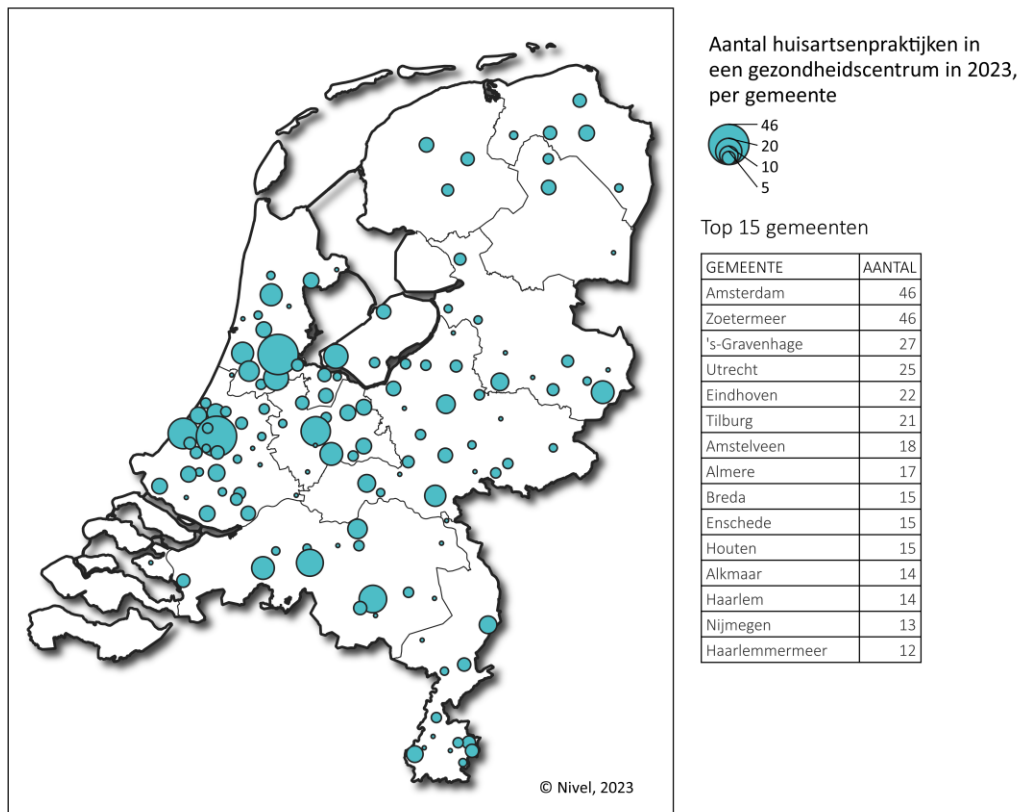
huisartsenpraktijk daarbuiten zit in de verantwoordelijkheid: waar in een huisartsenpraktijk de praktijkhouder verantwoordelijk is voor de organisatie, is dat binnen een gezondheidscentrum het bestuur van het centrum (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2023b). Het bestuur ontzorgt de huisarts bijvoorbeeld door zaken als ICT, inkoop, zaken rondom de huisvesting en personeelszaken over te nemen. Hierdoor krijgt de praktijkhouder meer ruimte om zich te richten op de praktijkvoering (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2023b).

Op dit moment is 17% van de huisartsenpraktijken gevestigd binnen een gezondheidscentrum. In totaal zijn er 325 verschillende gezondheidscentra waarin 799 huisartsenpraktijken gevestigd zijn (Tabel 2). Binnen de meeste gezondheidscentra zijn dan ook meerdere huisartsenpraktijken gevestigd en deze praktijken kunnen ook voldoen aan de definitie van andere organisatievormen. Van alle 799 praktijken die binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn, zijn 129 praktijken ook een HOED praktijk, 109 praktijken een AHOED praktijk, 12 een solopraktijk en 7 ook een apotheekhoudende praktijk.

In Figuur 6 staat de geografische verdeling van de 799 huisartsenpraktijken binnen een gezondheidscentrum. Dit laat zien dat deze organisatievorm verspreid voorkomt over heel Nederland, met een concentratie in de Randstad. Al van oudsher vestigen gezondheidscentra zich meer in sterk verstedelijkende gebieden (Pool, 1993). Wat hierin meespeelt is de huisvesting van een gezondheidscentrum. In een gebied dat al volgebouwd was terwijl solopraktijken de norm waren zal minder snel ruimte zijn voor een groot gezondheidscentrum. Wanneer een stad of een wijk nieuw ontworpen wordt kan er makkelijker ruimte gepland worden voor een gezondheidscentrum waardoor deze meer voorkomen in gebieden die volop in ontwikkeling zijn. Wat hierin ook kan meespelen is de gemeentepolitiek. Een gemeente die links georiënteerd is qua sociaal beleid zal eerder plannen maken om een gezondheidscentrum te realiseren dan een gemeente die qua sociaal beleid meer rechts georiënteerd is en dit meer aan de markt zal overlaten.¹⁰

¹⁰ Persoonlijke communicatie met Wienke Boerma

Figuur 6 Verdeling praktijken binnen een gezondheidscentrum over Nederland (op praktijkniveau, totaal 799)



5.3 Organisatorische ontwikkelingen in de huisartsenzorg

In deze paragraaf gaan we in op twee meer recent opkomende organisatievormen in de huisartsenzorg: ketenvorming binnen de huisartsenzorg (§5.3.1) en de opkomst van online huisartsenpraktijken (§5.3.2). Omdat deze organisatievormen (voor zover bij ons bekend) voor het eerst op deze manier empirisch in kaart worden gebracht kan dit gezien worden als een ‘nulmeting’ waarmee toekomstige ontwikkelingen vergeleken kunnen worden. Deze ontwikkelingen zijn nog te nieuw om duidelijke trends te kunnen beschrijven. De onlinepraktijk die voldoet aan de gekozen, strenge definitie, is zelfs zo nieuw dat we die alleen kunnen beschrijven.

5.3.1 Ketenvorming binnen de huisartsenzorg

Veruit de meest besproken huidige ontwikkeling binnen de huisartsenzorg is de rol die bedrijven met een winst oogmerk zijn gaan spelen in dit zorgveld. Vanuit de organisatorische context die we in de vorige paragrafen geschetst hebben kunnen we deze ontwikkeling op verschillende manieren duiden. Vanuit het uitgangspunt dat schaalvergroting noodzakelijk is om huisartsenpraktijken met een winst oogmerk te exploiteren kijken we allereerst naar de ketenvorming die nu plaatsvindt in de huisartsenzorg. In lijn met de definitie van een koepel die eerstelijnsorganisatie InEen hanteert, spreken we van een keten wanneer er twee of meer huisartsenpraktijken zijn aangesloten bij een overkoepelende organisatie. Daarbij definiëren we een kleine keten als een verband met twee tot en met vijf praktijken. Vanaf zes praktijken spreken we

over een grote keten. Dit onderscheid is gemaakt vanwege de context van mogelijke commercialisering. Het is bekend dat ketenvorming de mogelijkheid op winst maken vergroot, maar het is onbekend waar de grens – qua omvang van de keten – precies ligt. De door ons gekozen grens is in die zin arbitrair, maar duidelijk is wel dat de omvang van de keten een belangrijke factor is in een winstgeoriënteerde bedrijfsvoering.

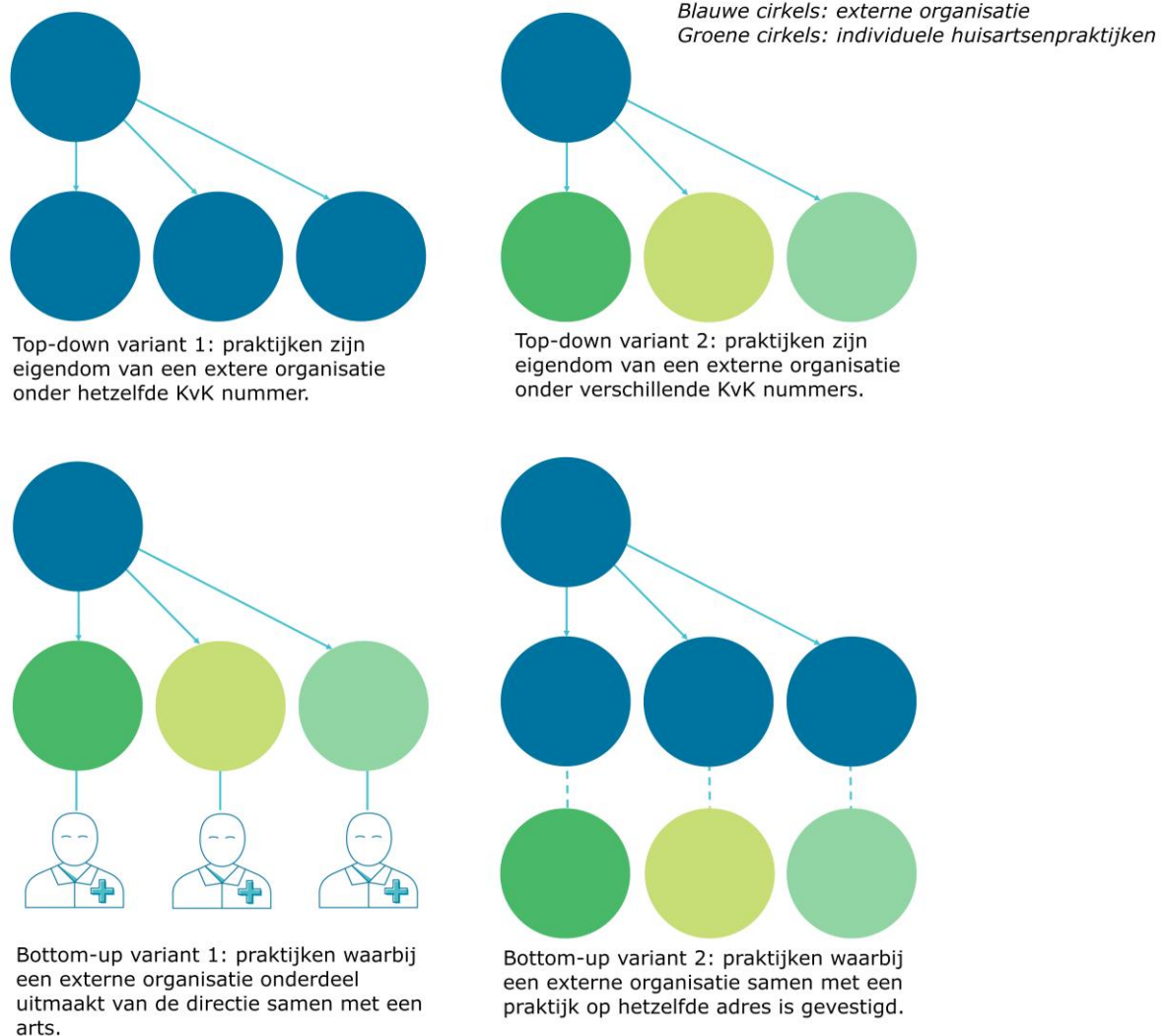
Een belangrijk element binnen deze ontwikkeling is dat er verschillende vormen van ketenvorming zijn. De Raad Volksgezondheid en Samenleving (RVS) refereert naar deze groepen als bottom-up en top-down initiatieven (Raad Volksgezondheid en Samenleving, 2023). Dit onderscheid wordt gemaakt op basis van de rol van de overkoepelende organisatie. Bij een bottom-up keten trekt een externe organisatie samen op met een huisartsenpraktijk. Dit geeft de mogelijkheid om binnen verschillende constructies samen te werken met de praktijkhouder van een praktijk. Bij een top-down keten koopt een externe organisatie de huisartsenpraktijk op en wordt eigenaar van de praktijk, daarmee heeft deze organisatie dan de volledige zeggenschap (Raad Volksgezondheid en Samenleving, 2023).

Binnen beide ketenvormen onderscheiden we twee varianten. In deze paragraaf gaan we daarom in op vier ketenvormen, die we op verschillende manieren in kaart brengen.

- Bij de top-down ketens kijken we allereerst naar praktijken die onder hetzelfde nummer uit het handelsregister van de Kamer van Koophandel (KvK-nummer) opereren en dus dezelfde eigenaar hebben (variant 1). Daarna kijken we naar praktijken die ook dezelfde eigenaar hebben, maar daarbij wel onder verschillende KvK-nummers werken (variant 2).
- Bij de bottom-up ketens kijken we naar de samenstelling van de directie van een praktijk. Wanneer een externe organisatie onderdeel is van de directie deelt zij de bestuursverantwoordelijkheid met de praktijkhouder en kan zo invloed uitoefenen op het gevoerde beleid (variant 1). Bij de tweede variant van de bottom-up praktijken is een externe organisatie (of een dochter daarvan) op hetzelfde adres als de praktijk gevestigd. Bij deze ketenvorm is het onduidelijk wat de invloed van deze organisatie is op het gevoerde beleid.

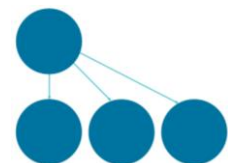
In Figuur 7 zijn deze vier ketenvormen gevisualiseerd. Wanneer we naar het totaal van deze vier ketenvormen kijken, op praktijkniveau, zijn er 842 ketenpraktijken. Dit is 17,4% van het totaal aantal huisartsenpraktijken. Ook combinaties van deze ketenvormen kunnen voorkomen, hiervan wordt aan het eind van deze paragraaf een op de werkelijkheid gebaseerde voorbeeld gegeven.

Figuur 7 De verschillende ketenvormen



Top-down ketenvorming – variant 1

In Tabel 8 wordt een geaggregeerd overzicht gegeven van de top-down ketens (variant 1) waarvan de huisartsenpraktijken onder hetzelfde KvK-nummer opereren. Het gaat hier om 4,4% van het totaal aantal huisartsenpraktijken. We hebben daarbij onderscheid gemaakt tussen kleine en grote ketens, en tussen overkoepelende ketenorganisaties die de rechtsvorm BV en die de rechtsvorm stichting hebben.



Er zijn binnen deze variant 28 kleine ketenorganisaties die in totaal 63 huisartsenpraktijken omvatten. Hiervan zijn 20 kleine ketens een BV. Deze ketens kunnen op basis van deze gegevens gezien worden als potentieel commercieel al zijn ze hier waarschijnlijk (nog) te klein voor. Bovendien kan het gaan om huisartsen die een gezamenlijke (holding)vennootschap exploiteren waaronder de individuele praktijken vallen. Een dergelijke constructie komt dan waarschijnlijk eerder voort uit overwegingen die te maken hebben met bijvoorbeeld hoofdelijke aansprakelijkheid dan uit commerciële motieven. Voor wat de grote ketens (met 6 of meer praktijken) betreft zijn er 11 ketenorganisaties geïdentificeerd met in totaal 141 praktijken. De meeste van deze grote ketens zijn stichtingen (8).

Tabel 8 Aantal ketens met 2-5 en 6 of meer huisartsenpraktijken dat als top-down ketenvorming te beschouwen is naar type keten en rechtsvorm: variant 1

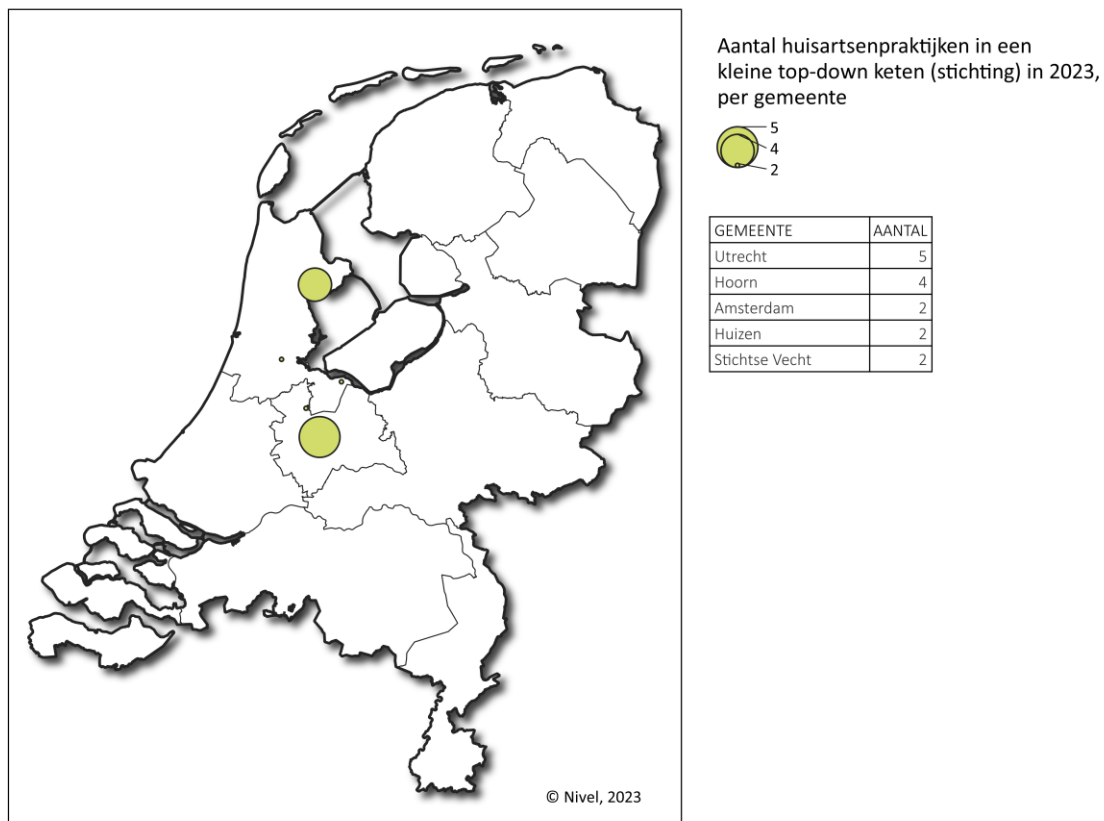
	Keten		Rechtsvorm keten		
	Ketens (n)	Praktijken in de keten (n)	Stichtingen (n)	BV's (n)	Anders (n)
Keten met 2 tot 5 praktijken	28	63	5	20	3
Keten met 6 of meer praktijken	11	141	8	3	0

Een top-down keten is hier gedefinieerd als een organisatie met een twee of meer huisartsenpraktijken. Deze zijn geïdentificeerd door het gebruik van hetzelfde KvK-nummer. In totaal zijn er 498 praktijken die een KvK-nummer delen met een of meerdere andere praktijken. Dit zijn overwegend praktijken die in samen in een maatschap zitten.

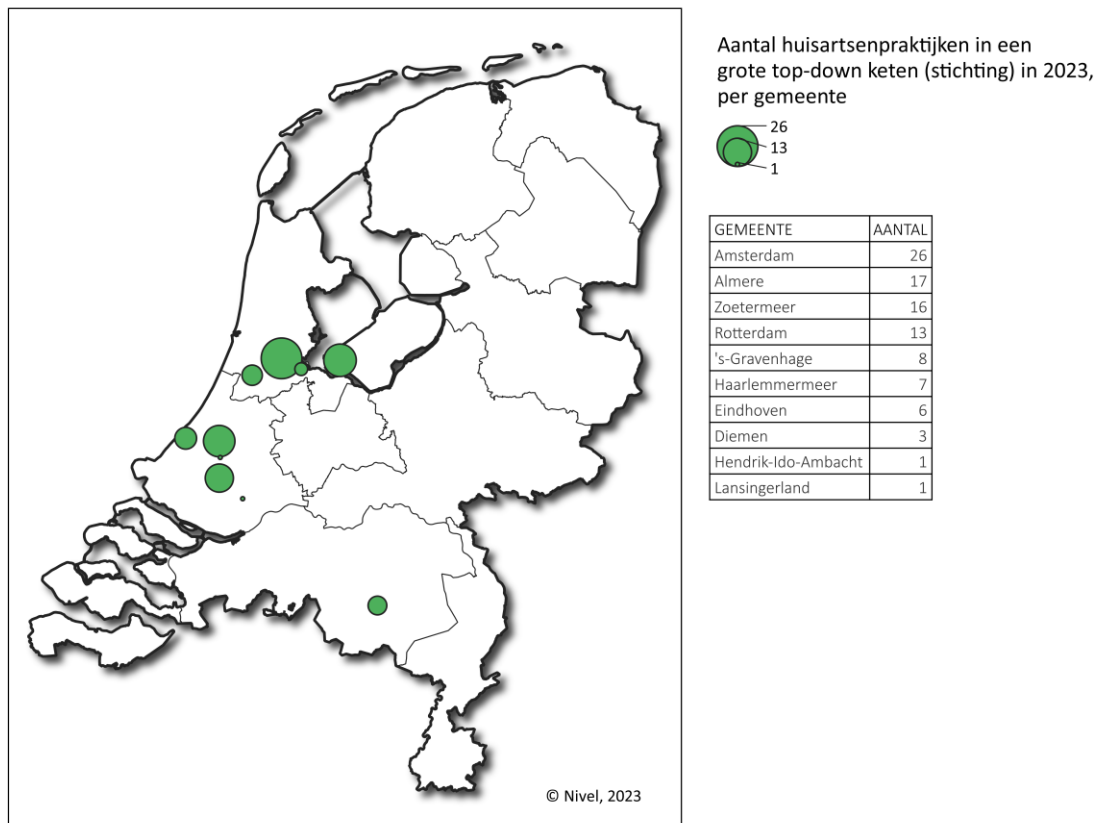
Spreiding van de top-down ketenpraktijken – variant 1

In onderstaande afbeeldingen is de spreiding van de verschillende ketens van de eerste variant van de top-down ketenpraktijken weergegeven op gemeenteniveau. In Figuur 8 en 9 staan de stichting ketens en in Figuur 10 en 11 de BV ketens.

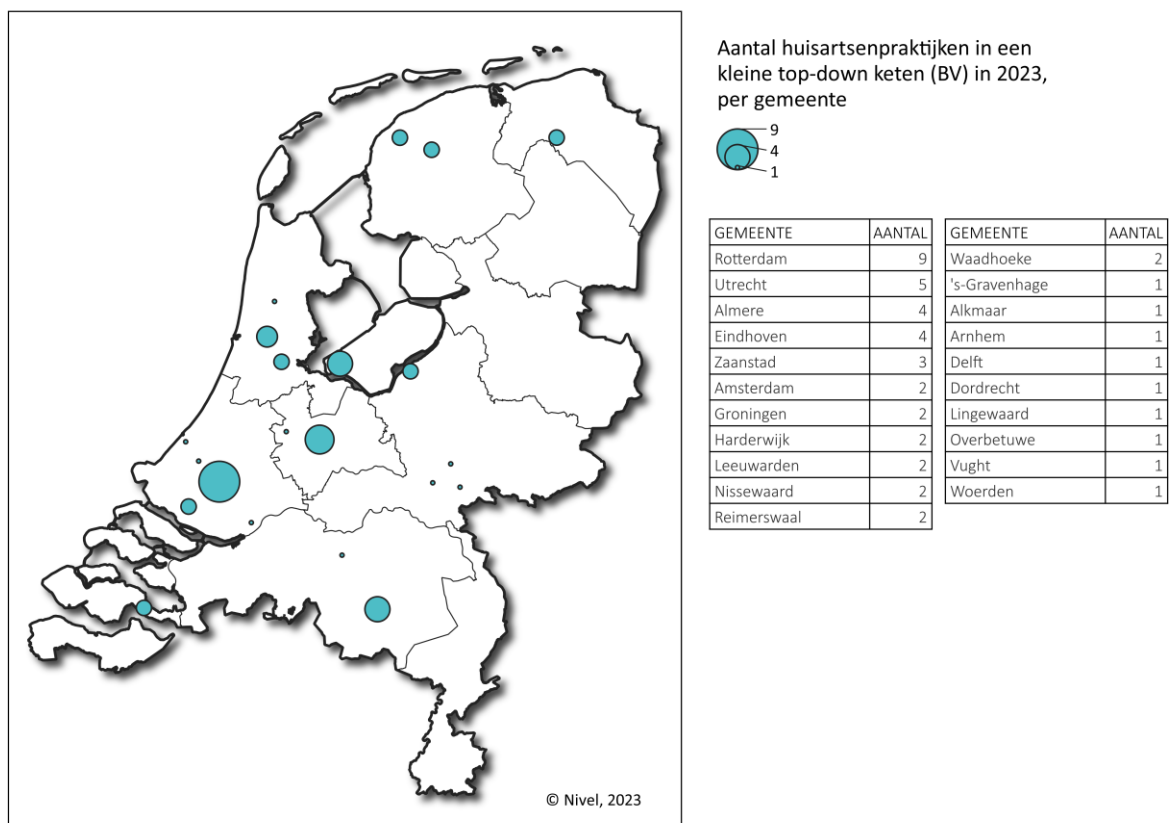
Figuur 8 Spreiding per gemeente van de top-down, variant 1, kleine ketens - stichtingen



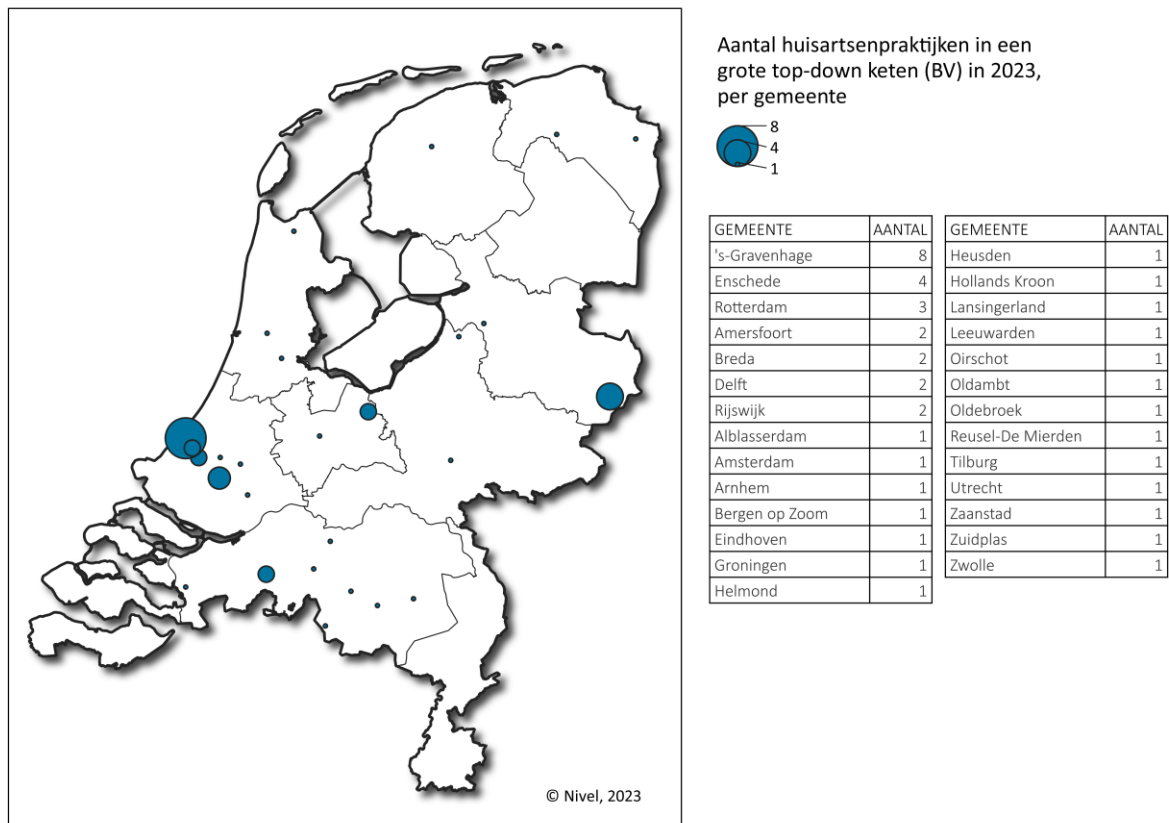
Figuur 9 Spreiding per gemeente van de top down, variant 1, grote ketens - stichtingen



Figuur 10 Spreiding per gemeente van de top-down, variant 1, kleine ketens – BV's



Figuur 11 Spreiding per gemeente van de top-down, variant 1, grote ketens – BV's



Figuur 9 tot en met 11 geven een beeld van de geografische spreiding en concentratie van de verschillende top-down (variant 1) ketens. De grote stichtingen zijn vooral geconcentreerd in de Randstad, maar verder lijken er geen duidelijke patronen in de geografische spreiding waar te nemen. Om dit verder te analyseren hebben we de spreidingsinformatie gekoppeld aan informatie over gebieden binnen Nederland waar voornamelijk mensen wonen met een lage sociaaleconomische positie¹¹ (SEP). Door middel van een score op een zogenaamde achterstandsindex geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) opdracht om de postcodegebieden in kaart te brengen die als gebied met inwoners met een lage SEP aangeduid kunnen worden (Den Dulk, Reichardt, & Hitzert, 2022). De achterstandsindex wordt berekend op basis van het gemiddelde inkomen, stedelijkheid, het percentage uitkeringsgerechtigden en het percentage inwoners met een migratieachtergrond binnen een postcodegebied (Devillé, Habraken, & Bakker, 2003). Slechts 5,6% van het totaal aantal huisartsenpraktijken is gevestigd in een gebied met inwoners met een lage SEP. Dit lage percentage is wat vertekend, omdat patiënten met een lage SEP vaak naar een praktijk gaan die gevestigd is in een gebied waar mensen met een hogere SEP wonen. Dit is een gevolg van de historie van de praktijk-aan-huis, waarbij de huisarts vaak in gebieden woont met meer mensen met een hogere SEP. Wat hier ook mee kan spelen zijn financiële motieven: onroerend goed is vaak waardevaster wanneer dit in een gebied met inwoners met een hoge SEP staat. De procentuele verschillen blijven echter groot. Bij de ketenpraktijken is het percentage dat gevestigd is in een gebied met inwoners

¹¹ Hier wordt ook wel naar verwezen als 'achterstandsgebieden'.

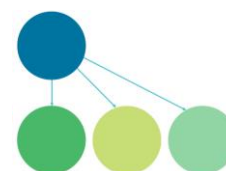
met een lage SEP veel hoger dan het percentage berekend over het totaal aantal praktijken in Nederland (5,6%), zoals te zien is in Tabel 9. Van de praktijken die onderdeel zijn van een kleine top-down keten met als rechtsvorm stichting is 40% gevestigd in een gebied met inwoners met een lage SEP. Ook de praktijken binnen de BV ketens zijn veel vaker dan andere huisartsenpraktijken in deze gebieden gevestigd.

Tabel 9 Percentage praktijken dat gevestigd is in een postcodegebied met inwoners met een lage sociaaleconomische positie

Soort keten	% in een gebied met inwoners met lage SEP
Kleine top-down keten – stichting	40,0%
Grote top-down keten – stichting	32,7%
Kleine top-down keten – BV	24,5%
Grote top-down keten – BV	18,6%
Totaal van alle huisartsenpraktijken	5,6%

Top-down ketenvorming – variant 2

De tweede variant van de top-down keten is de keten waarin de huisartsenpraktijken onder verschillende KvK-nummers blijven opereren, maar die wel eigendom zijn van één externe organisatie. Op deze manier hebben we nog eens 17 ketens onderscheiden, waarvan er 11 de rechtsvorm BV en 1 de rechtsvorm stichting hebben (Tabel 10). Slechts 0,8% van alle huisartsenpraktijken hoort op dit moment (2023) bij deze ketenvorm.



Als we de stichtingen even buiten beschouwing laten ontstaat het volgende beeld. Van de eerste top-down variant ketenpraktijken zijn er 20 kleine ketens (2 t/m 5 praktijken) met de rechtsvorm BV en 3 grote ketens (6 praktijken of meer). In totaal gaat het daarbij om 93 praktijken. Bij de tweede top-down variant ketenpraktijken zijn er 11 kleine ketens met als rechtsvorm BV. Hieronder vallen nog eens 23 praktijken. Samen zijn deze ketens daarmee eigenaar van 116 huisartsenpraktijken.

Tabel 10 Aantal ketens met 2-5 en 6 of meer huisartsenpraktijken dat als top-down ketenvorming te beschouwen zijn naar type keten en rechtsvorm: variant 2

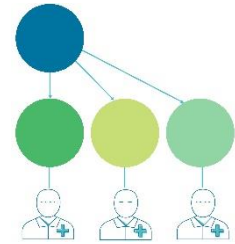
	Keten		Rechtsvorm keten		
	Ketens (n)	Praktijken in de keten (n)	Stichtingen (n)	BV's (n)	Anders (n)
Keten met 2 tot 5 praktijken	16	33	0	11	5
Keten met 6 of meer praktijken	1	7	1	0	0

Een top-down keten is hier gedefinieerd als een organisatie met twee of meer huisartsenpraktijken. Deze zijn geïdentificeerd door het hebben van een gemeenschappelijke eigenaar en het gebruik van verschillende KvK-nummers. In totaal zijn er 1.272 praktijken die aan dit criterium voldoen. Dit zijn overwegend praktijken die onder een maatschap vallen.

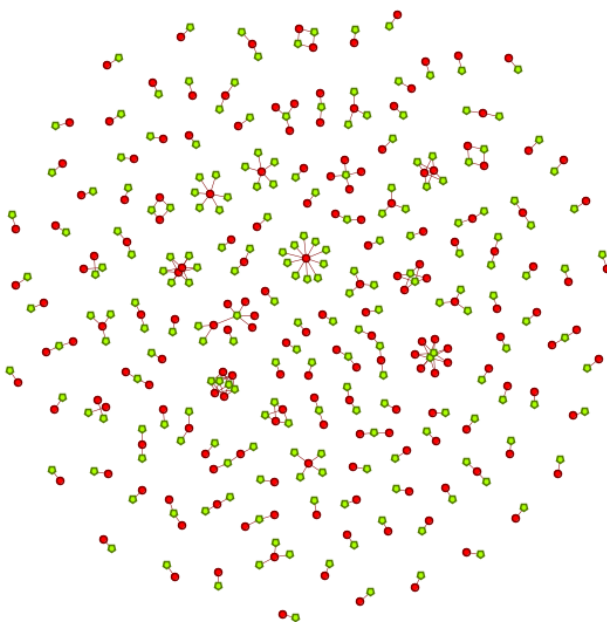
Bottom-up ketenvorming – variant 1 en 2

De bottom-up ketenpraktijken zijn minder eenvoudig als aparte varianten te bespreken, omdat deze veelal gecombineerd voorkomen. Aan het einde van deze paragraaf staat een voorbeeld hoe de bottom-up ketenvarianten gecombineerd kunnen voorkomen met een top-down ketenvariant. Bij de bottom-up ketenvorming kijken we alleen naar organisaties met als rechtsvorm BV, omdat dit vanuit de context van mogelijke winstgeoriënteerde exploitatie het meest interessant is. Daarnaast is er volgens onze gegevens maar één bottom-up stichting actief; deze stichting zit in de directie van vier praktijken (bottom-up variant 1). Ook maken we hier geen onderscheid tussen kleine en grote ketens omdat dit verschil bij deze ketenvorm minder eenduidig is. Dit komt vooral door het feit dat er verschillende combinaties van bottom-up variant 1 en 2 voorkomen.

Ketenvorming kan ook ontstaan wanneer een externe organisatie onderdeel uitmaakt van de directie van meerdere huisartsenpraktijken en op deze manier invloed uitoefent op het beleid van deze praktijken. Bij deze variant, bottom-up variant 1, is de externe organisatie onderdeel van de directie van een huisartsenpraktijk. Er zijn 210 praktijken, 4,3% van de huisartsenpraktijken, die onderdeel zijn van deze eerste variant van een bottom-up praktijk. In Figuur 12 staat het netwerk van alle 210 bottom-up praktijken variant 1, waarin te zien is dat het aantal mogelijkheden in de uitvoering – aantal betrokken organisaties en praktijken – binnen deze organisatievorm groot is.



Figuur 12 Het netwerk van de 210 bottom-up ketenpraktijken (variant 1)

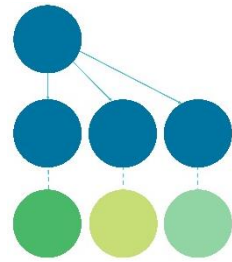


Groen = Huisartsenpraktijk

Rood = Externe, overkoepelende organisatie

In Figuur 12 is te zien dat er ook één-op-één koppelingen zijn met een externe organisatie en een huisartsenpraktijk. Dat komt omdat we alle mogelijke relaties tussen ketenorganisatie en praktijk gecombineerd hebben. Gecombineerd met bijvoorbeeld een bottom-up variant 2 constructie – waar de externe organisatie op hetzelfde adres als een huisartsenpraktijk gevestigd is – kunnen deze toch een keten vormen. In Figuur 13 wordt hier een voorbeeld van gegeven. Wanneer er meer rode punten (externe organisaties) dan groene punten (huisartsenpraktijken) onderdeel zijn van een netwerk betekent dit dat er meerdere externe organisaties in de directie van huisartsenpraktijken zitten.

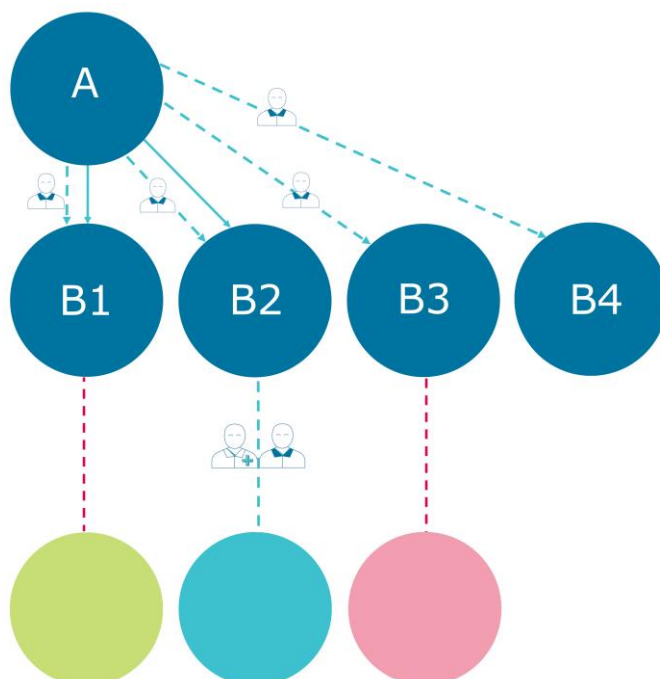
Bij de tweede variant van de bottom-up ketenpraktijk is de directie van de onderneming, waarvan de externe organisatie deel uitmaakt, gevestigd op exact hetzelfde adres als een huisartsenpraktijk. Er zijn 473 praktijken, 9,8% van alle huisartsenpraktijken, die op hetzelfde adres als zo'n externe organisatie gevestigd zijn. In deze variant is er dus niet noodzakelijkerwijs sprake van een formele eigendoms- of zeggenschapsrelatie tussen een externe organisatie en een huisartsenpraktijk, maar wel van het delen van een locatie. Een verbinding tussen een externe organisatie en de huisartsenpraktijk wordt bij deze tweede variant vaak ook ondersteund door een vermelding van de externe organisatie op de website van de huisartsenpraktijk of andersom. Er is bij deze praktijken waarschijnlijk sprake van een samenwerkingsovereenkomst of andere contractuele relatie die niet blijkt uit gegevens over eigendoms- of zeggenschapsrelaties. Dit hebben we echter niet voor alle gevallen gecontroleerd, waardoor er mogelijk ook praktijken meegenomen zijn die op dezelfde locatie gehuisvest zijn als een externe organisatie, maar die verder geen relatie hebben. Er is hier dus waarschijnlijk sprake van een overschatting van het aantal praktijken dat op die manier onderdeel uitmaken van een keten.



De complexiteit van ketenvorming

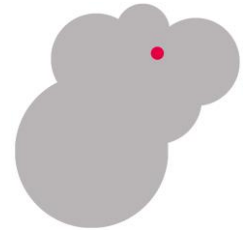
Het is niet zo dat externe organisaties zich beperken tot één van de hier beschreven ketenvormen. Combinaties komen ook voor. Dit is te zien in het voorbeeld van bedrijf A in figuur 13. Dit voorbeeld is gebaseerd op een werkelijk voorkomende situatie. Bedrijf A is het moederbedrijf met vier dochterondernemingen (B1 t/m B4). Bedrijf A is het enige directielid van al deze dochterondernemingen (stippelpijlen) en is eigenaar van B1 en B2 (doorlopende pijlen). Dochteronderneming B2 zit samen met een arts in de directie van een huisartsenpraktijk. Dochterbedrijven B1 en B3 zijn op hetzelfde adres gevestigd als een huisartsenpraktijk (rode stippellijn, bottom-up variant 2). In Figuur 13 is ook zichtbaar dat er aan bedrijf B4 nog geen huisartsenpraktijk verbonden is. Dit kan duiden op toekomstige uitbreiding van de keten van bedrijf A. Dit geeft een voorbeeld van in de praktijk voorkomende manieren om ketens te vormen, maar er zijn nog vele andere combinaties mogelijk. Dit toont aan dat het belangrijk is om de ketenvarianten als geheel, met alle mogelijke relaties, te onderzoeken.

Figuur 13 een combinatie van ketenvormen binnen één externe organisatie



5.3.2 Online huisartsenpraktijken

Bijna alle huisartsenpraktijken in Nederland maken gebruik van digitale middelen binnen de praktijk, bijvoorbeeld in de vorm van digitale systemen waarmee patiënten zelf afspraken kunnen inplannen of herhaalmedicatie kunnen aanvragen (Van Deursen et al., 2023; Van Tuyl & Keuper, 2022). Een nieuwe ontwikkeling is de huisartsenpraktijk die in eerste instantie alleen digitaal zorg aanbiedt. In dit rapport refereren we hiernaar als een ‘online huisartsenpraktijk’, een organisatievorm die ook wel bekend staat als een ‘digital first’ praktijk. Hoewel een fysiek bezoek aan een arts altijd mogelijk moet zijn is dit bij deze praktijken alleen een optie wanneer de arts (op afstand) besluit dat hier een dringende medische reden voor is. Binnen deze organisatievorm zijn twee vormen te onderscheiden: de onlinepraktijk met een eigen fysieke praktijkruimte en de onlinepraktijk zonder eigen fysieke praktijkruimte.



Bij de online praktijk met eigen praktijkruimte kunnen alleen patiënten uit de directe omgeving worden ingeschreven in verband met bereikbaarheid voor spoedzorg. In Nederland heeft een huisarts een inspanningsverplichting om bij spoed binnen 15 minuten bij de patiënt te kunnen zijn (Patiëntenfederatie & Landelijke Huisartsen Vereniging, 2021). Dit is geen resultaatsverplichting en de huisarts mag hier in overleg met de patiënt van afwijken, maar het geeft wel een duidelijke indicatie over binnen welk gebied een huisartsenpraktijk zorg kan leveren (Patiëntenfederatie & Landelijke Huisartsen Vereniging, 2021). Deze regel om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren geldt daarom ook voor een onlinepraktijk.

Online huisartsenpraktijken zonder eigen praktijkruimte hebben een andere oplossing gevonden voor deze inspanningsverplichting. Door samen te werken met andere huisartsenpraktijken in verschillende regio's die wel een praktijkruimte hebben, kunnen zij ook fysieke zorg aanbieden wanneer dit nodig is. Zolang er voldoende fysieke praktijken zijn die willen samenwerken met deze onlinepraktijken is het dus mogelijk om huisartsenzorg door het hele land aan te bieden. Met name deze praktijkvorm zou dus mogelijk een gedeeltelijk antwoord kunnen bieden op het waarborgen van de continuïteit van zorg voor regio's waar een groot tekort aan huisartsen is. De lokale praktijken worden mogelijk ontlast, omdat de online praktijk het merendeel van de consulten met de patiënt op zich neemt. Tegelijkertijd betekent dit dat de complexere problematiek wel bij de fysieke praktijk terecht komt, omdat deze minder makkelijk digitaal behandeld kan worden. Wanneer een fysiek consult nodig is ontvangt de fysieke praktijk, waar de online praktijk mee samenwerkt, het gebruikelijke passantentariaf wat wordt uitbetaald door de online praktijk. De patiënt is en blijft ingeschreven bij de online praktijk die daarom het inschrijftarief van de zorgverzekeraar ontvangt.

Door online te zoeken en het in detail bekijken van potentiële online huisartsenpraktijken hebben we van beide praktijkvormen twee praktijken gevonden. In dit rapport gaat het om praktijken die in eerste instantie alleen online contact heeft met patiënten, maar hierop een uitzondering maakt wanneer er medische noodzaak is voor een fysiek consult. Dit is een zeer recente ontwikkeling en nog op kleine schaal, maar wel één die mogelijk in de toekomst een belangrijkere rol kan gaan spelen. Naast deze vier online praktijken zijn er vele voorbeelden van praktijken die in meer en mindere mate gebruik maken van digitale tools. Zo zijn er allerlei apps die verschillende vormen van digitalisering binnen de huisartsenzorg mogelijk maken, maar deze zijn in dit onderzoek niet meegenomen.

6 Beschouwing

De huisartsenzorg is van oudsher een belangrijk onderdeel van het Nederlandse zorgstelsel. Ook voor het zorgstelsel van de toekomst wordt de huisarts een centrale positie toegekend, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het Integraal Zorg Akkoord (IZA), dat begin 2023 na lange onderhandelingen ook door de LHV werd ondertekend. Vrijwel alle partijen zijn het erover eens dat een sterke huisartsenzorg nodig is om goed om te gaan met de uitdagingen waarmee de gezondheidszorg wordt geconfronteerd. De toenemende en veranderende vraag naar zorg, het groeiend aantal mensen met chronische aandoeningen en de voortdurende technologische ontwikkelingen zijn factoren die ervoor zorgen dat de zorguitgaven blijven stijgen. Door zoveel mogelijk zorgbehoeften in de eerstelijnszorg op te vangen voordat deze naar de kostbaardere tweedelijnszorg gaan, kan de kostenstijging enigszins beperkt worden. Dit vergt nauwe samenwerking tussen de verschillende eerstelijnszorgverleners, waarbij de huisartsenpraktijk ook in de toekomst een centrale en coördinerende rol zal moeten vervullen.

Deze belangrijke rol vraagt echter wel steeds meer van de huisarts en anderen die werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk. Vaak gaat het daarbij om werk dat bovenop het daadwerkelijk verlenen van medische zorg komt. In het verleden hebben huisartsenpraktijken zich aangepast aan de veranderende omgeving door hun organisatievorm aan te passen. Er ontstonden nieuwe organisatievormen en samenwerkingsstructuren om het hoofd te bieden aan de nieuwe eisen die vanuit de omgeving gesteld werden. In de loop der tijd stabiliseerden een aantal van deze structuren zich tot geïnstitutionaliseerde organisatievormen. Momenteel bevinden we ons weer in een fase waarin nieuwe structuren ontstaan. Een voorbeeld hiervan is de online praktijk. Uit onze gegevens blijkt dat de ontwikkeling van de online huisartsenpraktijken nog in de kinderschoenen staat, maar dit zou snel kunnen veranderen. Een ander voorbeeld is ketenvorming, waarbij huisartsenpraktijken met elkaar verbonden worden door een overkoepelende organisatie. Zoals blijkt uit dit rapport kan deze ketenvorming op verschillende manieren plaatsvinden, en ook hier lijkt nog gezocht te worden naar de juiste vorm voor de juiste context. Uit de resultaten wordt wel duidelijk dat ketenvorming een veel voorkomend fenomeen is.

De vraag is of alle vormen van ketenvorming bestendig zullen zijn, en wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit van de aangeboden zorg. Organisatorische veranderingen zijn vaak grotendeels een reactie op veranderende eisen vanuit de omgeving, maar roepen ook weer nieuwe spanningen op. In dit rapport hebben we er een aantal genoemd, waarvan we de relatie tussen huisarts en patiënt hier nog expliciet willen benoemen. De sterke relatie tussen huisartsen en hun patiënten, met persoonlijke inschrijving van patiënten en de gelaagde toegankelijkheid tot tweedelijnszorg, is namelijk een belangrijke pijler van het Nederlandse zorgstelsel. Deze sterke relatie is echter niet vanzelfsprekend. De uitdaging voor de toekomst bestaat uit het vinden van nieuwe organisatievormen in de huisartsenzorg waarin deze relatie gewaarborgd blijft, ook al is dat misschien op een andere manier. Het zou kunnen dat voor een deel van de patiënten snelle toegang tot een huisarts belangrijker is dan altijd dezelfde arts bezoeken. Bij dit soort verschillen passen ook verschillende organisatievormen.

Beperkingen

Met dit rapport hebben we geprobeerd een eerste inzicht te geven in de huidige organisatievormen van huisartsenpraktijken en de basis te leggen voor verder onderzoek. Als het gaat om ketenvorming hebben we inzicht gegeven in de verschillende verschijningsvormen van ketens en de omvang van de

ketenvorming in de huisartsenzorg. Hierbij hebben we keuzes gemaakt als het gaat om de definiëring en empirische benadering. Zo wordt er bijvoorbeeld gebroken met het traditionele onderscheid van de solo-, duo- en groepspraktijken zoals gebruikelijk is in onder andere de rapportages van het Nivel.¹² De keuze om te breken met deze indeling is bewust gemaakt om vanuit een ander perspectief naar de organisatievormen van de huisartsenzorg te kunnen kijken om de huidige ontwikkelingen te kunnen duiden. Het onderscheid van solo-, duo- en groepspraktijk is gebaseerd op het aantal regulier gevestigde huisartsen dat werkzaam is in een praktijk. Dit stelt de huisarts centraal, terwijl veel huisartsenpraktijken ondertussen veel complexer georganiseerd zijn. Door in dit onderzoek de praktijk als geheel centraal te stellen kan er in vervolgonderzoek verder ingezoomd worden op hoe de verschillende organisatievormen de zorg beïnvloeden. In de volgende paragraaf (§6.1) zullen we hiervoor een voorzet geven.

Ook hebben we ons voornamelijk moeten beperken tot een beschrijving van de ontwikkelingen. Dit rapport biedt daarom nog geen inzicht in de impact van de organisatievorm van een huisartsenpraktijk op de kwaliteit van zorg of de motivatie van huisartsen om voor een bepaalde organisatievorm en/of samenwerkingsstructuur te kiezen. Ook is nog niet duidelijk in hoeverre er daadwerkelijk wordt samengewerkt wanneer praktijken samen gevestigd zijn. Door echter nieuwe informatie te bieden over de actuele ontwikkelingen hopen we een vruchtbare bodem gelegd te hebben voor vervolgonderzoek.

Tot slot hebben we de samenwerkingen binnen en tussen praktijken niet meegenomen. Een voorbeeld zijn de zorggroepen, die een belangrijk element zijn van de huisartsenzorg. Ook dit is een gevolg van de keuze om vooral te kijken naar de manieren waarop praktijken als geheel opgaan in grotere, bedrijfsjuridische verbanden, en niet naar de samenwerking tussen in principe onafhankelijk blijvende eenheden. Deze beperking van het onderzoek is ook meteen tekenend voor de complexiteit van de organisatie van de (huisartsen)zorg.

¹² Dit beperkt de aansluiting met andere Nivel publicaties en daarmee mogelijk ook de aansluiting met andere onderzoeken buiten het Nivel. In bijlage A is daarom een kruistabel toegevoegd met de verdeling van de solo-, duo-, groepspraktijken binnen de vijf geïnstitutionaliseerde organisatievormen die we in dit rapport aanhouden.

6.1 Vervolgonderzoek

In dit rapport is descriptief weergegeven hoe huisartsenpraktijken in Nederland zijn georganiseerd. Dit zegt echter niets over de kwaliteit van de zorg die de verschillende praktijken leveren. Een belangrijke volgende stap voor vervolgonderzoek is daarom om de verschillende organisatievormen te vergelijken op basis van kwaliteit. Dit kan onder andere met behulp van de Nivel Zorg Registraties (NZR), waar de data uit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) van zo'n 5% van alle Nederlandse huisartsenpraktijken in verzameld wordt. Door de praktijken met een bepaalde organisatievorm met elkaar te vergelijken – bijvoorbeeld solopraktijken met praktijken die binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn – kan gekeken worden of, en hoe, er verschillen zijn in de geleverde zorg. Deze vergelijking kan op een aantal indicatoren gemaakt worden (zoals bijvoorbeeld het aantal verwijzingen naar de tweede lijn), waarbij rekening gehouden wordt met verschillen in populatie waar de praktijken hun zorg verlenen. Het vergelijkend onderzoek tussen praktijken die wel, en praktijken die geen onderdeel zijn van een keten biedt de mogelijkheid om uit te zoeken wat het effect van ketenvorming is op de kwaliteit van de huisartsenzorg. Dit kan het maatschappelijk debat hierover verder verrijken. Ook kan op deze manier onderzocht worden in hoeverre intensievere samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners die samen op een locatie gevestigd zijn voordelen biedt, en hoe deze samenwerking precies verloopt. Bij vervolgonderzoek is het daarom ook belangrijk om te kijken naar de gevolgen van ketenvorming voor andere zorgaanbieders. Daarbij horen ook andere huisartsenpraktijken in de buurt van de ketenpraktijk.

Ketenvorming in de huisartsenzorg leidt ook tot andere vervolgvragen, bijvoorbeeld op het gebied van patiëntselectie. Dit onderzoek laat zien dat ketenpraktijken een voorkeur lijken te hebben voor gebieden met een lage SEP-score. Voor commerciële ketens kan het hogere inschrijftarief voor patiënten woonachtig in deze gebieden een reden hiervoor zijn. Het is ook voorstelbaar dat ketenpraktijken met een commercieel karakter een voorkeur hebben voor 'makkelijke' patiënten, zoals jongeren/studenten of kennismigranten. Bovendien zou het zo kunnen zijn dat ketenpraktijken met een winstoogmerk de 'moeilijke' patiënt eerder doorverwijzen naar de tweede lijn. Ook de redenen waarom praktijken in bepaalde gebieden relatief vaker, of juist minder vaak onderdeel van een keten zijn zal verder onderzocht moeten worden. Dit is met name van belang omdat de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg juist in deze kwetsbare gebieden zo belangrijk is. Daarbij kan uiteraard ook gekeken worden naar de mogelijke positieve aspecten van ketenvorming, bijvoorbeeld als het gaat om het waarborgen van de continuïteit van zorg in deze gebieden.

Een andere kwestie is praktijkaccreditatie. Er zijn verschillende organisaties die praktijken een accreditatie kunnen geven, waaronder de NHG-accreditatie die door de NPA verstrekt wordt. Accreditaties zijn belangrijke kwaliteitsindicatoren, en het is daarom van belang om verder te kijken naar het verband tussen organisatievormen en de verschillende accreditaties. Hebben ketenpraktijken bijvoorbeeld vaker wel, of juist vaker geen accreditatie? Waarom kiezen praktijken voor een specifieke accreditatie?

Naast de relatie tussen organisatievorm en kwaliteit van zorg is het van belang om de trends in organisatie van de huisartsenzorg te monitoren. De komende vier jaar staan in het teken van monitoring van de afspraken zoals deze zijn gemaakt in het Integraal Zorg Akkoord (IZA). De huisartsenzorg vormt een belangrijke schakel in het bereiken van de doelen in het IZA en vanuit deze sterke positie heeft de beroepsgroep een negental punten geformuleerd waar zij binnen de looptijd

van het IZA aan willen werken¹³. Versterken van samenwerking – in de regio en met de wijkverpleging, GGZ en het sociaal domein – en herorganisatie van verschillende elementen van de praktijkvoering – waaronder de ANW en spoedzorg, digitalisering en gegevensuitwisseling – zijn hierin belangrijke thema's. Het is daarom van belang om een vinger aan de pols te houden, en de invloed van ketenvorming op deze aspecten te blijven monitoren.

¹³ LHV, *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg!*, https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/05/Notitie_Ledenversie_Met_de_vuist_op_tafel_def.pdf

7 Conclusie

Door de geschiedenis heen hebben de huisartsenpraktijken in Nederland zich aangepast aan de veranderende eisen die vanuit hun omgeving gesteld werden door nieuwe organisatievormen te ontwikkelen. Vaak waren die nieuwe vormen een antwoord op toegenomen regelgeving en noodzaak tot samenwerking door veranderende opvattingen over de inhoud van de huisartsenzorg. Het vormen van ketens van praktijken is de meest recente stap in die organisatorische ontwikkeling.

Dit rapport biedt inzicht in de organisatievormen van Nederlandse huisartsenpraktijken, in het bijzonder in het fenomeen ketenvorming. Uit onze gegevens blijkt dat er verschillende vormen van ketens te onderscheiden zijn die elk op een andere manier georganiseerd zijn. In dit rapport hebben we een systematische manier van categoriseren ontwikkeld om deze verschillende vormen empirisch in kaart te brengen. We hebben op die manier een onderscheid kunnen maken tussen vier soorten ketens. Deze methode zal in de toekomst nog verfijnd moeten worden, maar kan nu als basis gebruikt worden om nieuwe en prangende vragen rondom ketenvorming te beantwoorden.

De vorming van ketens van huisartsenpraktijken heeft een nieuwe vorm van schaalvergroting geïntroduceerd in de Nederlandse huisartsenzorg. Het is belangrijk om de positieve en negatieve gevolgen daarvan goed te onderzoeken. We weten dat de ketenpraktijk een organisatievorm in opkomst is, maar de effecten op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zullen nog moeten worden onderzocht.

Literatuur

- Achterbergh, D. (2002). Huisartsenzorg na Woudschoten: intenties te over, organisatie te kort continuïteit huisartsgeneeskunde integrale zorg management praktijkvoering Woudschoten. *Huisarts en wetenschap*, 45, 842-846. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/huisartsenzorg-na-woudschoten-intenties-te-over-organisatie-te-kort>
- Appelbaum, E., & Batt, R. (2020). Private equity buyouts in healthcare: who wins, who loses? *Institute for New Economic Thinking Working Paper Series*(118). doi:<https://doi.org/10.36687/inetwp118>
- Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Van Asten, B., Vandermeulen, L., & Kruis, L. (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Retrieved from Utrecht, Nivel: [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Balans_in_vraag_en_aanbod_huisartsenzorg.pdf)
- Batenburg, R. S., Flinterman, L. E., Vis, E. B. A., Van Schaaik, A., Kenens, R. J., & Duijkers, B. (2022). *Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: Een actualisering voor de periode 2020-2022* (9461227809). Retrieved from Utrecht, Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004340.pdf>
- Batenburg, R. S., & Kalf, R. R. J. (2010). *Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland*. Retrieved from Utrecht, Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-strategie-gezondheidscentra-NL.pdf>
- Boerma, W. G. W. (1982). *Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1982*.
- Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M., & Bruch, J. D. (2023). Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. *bmj*, 382. Retrieved from <https://www.bmj.com/content/382/bmj-2023-075244>
- Den Dulk, D., Reichardt, L., & Hitzert, F. (2022). NZa Kenmerken PC5. Retrieved from <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2022/18/kenmerken-van-achterstandsgebieden-op-postcodeniveau>.
- Devillé, W., Habraken, J., & Bakker, D. d. (2003). *De huisartsenzorg in achterstandsgebieden: Evaluatie van 5 jaar beleid: 1997 - 2002* Retrieved from Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/huisartsenzorg-in-achterstandsgebieden.pdf>
- Farmatec. (2023). Apotheekhoudende huisartsen. Retrieved from <https://www.farmatec.nl/vergunningen/apotheekhoudende-huisarts>
- Flinterman, L. E., Vis, E. B. A., Keuper, J. J., Van Schaaik, A., & Batenburg, R. S. (2023). *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: Toelichting en samenvatting van het onderzoek-en de regionale factsheets* (9461227558). Retrieved from Utrecht, Nivel: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-arbeidsmarkt-van-de-nederlandse-huisartsenzorg-2022-toelichting-en-samenvatting-van>
- Groenewegen, P. P., Hansen, J., & Bekke, S. t. (2007). *Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. Retrieved from Utrecht, Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1001517.pdf>
- Haakma, T. A., B.N.J., D. K., & Bruijnzeels, M. (2021). *De Kroonjuwelen van de Gezondheidscentra*. Retrieved from <https://ineen.nl/actueel/publicatie-kroonjuwelen-van-het-gezondheidscentrum/>

- Heilbron, J. (2018). Plunderfeest bij de HEMA: hoe private equity werkt, 3. Retrieved from <https://www.nederlandseboekengids.com/20190408-johan-heilbron/>
- Heiligers, P. J., Noordman, J., Korevaar, J., Dorsman, S., Hingstman, L., Van Dulmen, A., & De Bakker, D. (2012). *Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* (9461221460). Retrieved from Utrecht, Nivel: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1498188/Tranzo_Bakker_praktijkondersteuners_2012.pdf
- Hilhorst, M. (2004). *Goeddoen met winst maken*. Retrieved from Zoetermeer: <https://www.ceg.nl/documenten/signalementen/2004/06/29/economisering-van-zorg-en-beroepsethiek>
- Hilhorst, M., & van Zuuren, F. (2004). Economisering van zorg en beroepsethiek. *Zoetermeer: Centrum voor Gezondheid en Ethiek*. Retrieved from <https://www.ceg.nl/documenten/signalementen/2004/06/29/economisering-van-zorg-en-beroepsethiek>
- Hopman, E. P. C., Batenburg, R. S., & Bakker, D. H. (2009). *Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn- een verkenning* (906905972X). Retrieved from Utrecht, Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Organisatorische-samenwerkingsverbanden-eerste-lijn.pdf>
- Huygen, D. F. J. A. (1959). NHG Quo Vadis?(2). *Huisarts en wetenschap*, 1, 135. Retrieved from https://www.henw.org/system/files/download/1959_September_Article_04.pdf
- InEen. (2023). Gezondheidscentra. Retrieved from <https://ineen.nl/thema/wijkmanagement/werken-in-het-gezondheidscentrum/>
- Keuper, J., Batenburg, R., Verheij, R., & Van Tuyl, L. (2021). Use of E-health in Dutch general practice during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12479. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph182312479>
- Kleijn, R. (2023). Kloppen investeerders aan de poort? *Podosophia*, 31(2), 14-17. doi:10.1007/s12481-023-1517-z
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (1983). *Basistakenpakket van de huisarts* (Medisch Contact bijlage bij no. 27). Retrieved from Utrecht, Medisch Contact: <https://www.medischcontact.nl/tijdschrift/medisch-contact?year=1983>
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (2021). Behoud apotheekhoudende huisarts om landelijk gebied leefbaar te houden. Retrieved from <https://www.lhv.nl/nieuws/behoud-apotheekhoudende-huisarts-om-landelijk-gebied-leefbaar-te-houden/>
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (2023a). Fase2: welk soort praktijk kies u? . Retrieved from <https://www.lhv.nl/thema/hoe-wil-je-werken/praktijkhouderschap/fase-2-welk-soort-praktijk-kiest-u/>
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (2023b). Werken in loondienst. Retrieved from <https://www.lhv.nl/thema/hoe-wil-je-werken/werken-in-loondienst/>
- Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S., & Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2023). *Handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra*. Retrieved from <https://www.dejuistezorgopdejuistepiek.nl/.uc/f6b5f0ba60102d58bb30081f27e0367b172e240c3e43200/Handreiking%20Huisvesting%20huisartsen%20en%20gezondheidscentra.pdf>

- LHV, & NHG. (2023). Kernwaarden en toekomstvisie. Retrieved from <https://www.lhv.nl/thema/kernwaarden-en-toekomstvisie/>
- Mitchell, P., Cribb, A., & Entwistle, V. (2021). Made to measure: the ethics of routine measurement for healthcare improvement. *Health Care Analysis*, 29(1), 39-58. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00421-x>
- Murphy, J., Willmott, H., & Daft, R. (2017). *Organisation Theory and Design* (3rd. ed., pp. 610).
- NHG, & LHV. (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022*. Retrieved from Utrecht: <https://www.huisartsopleiding.nl/wp-content/uploads/Toekomstvisie-Huisartsenzorg-2022.pdf>
- Patiëntenfederatie & Landelijke Huisartsen Vereniging. (2021). Een andere huisarts kiezen. In P. L. H. Vereniging (Ed.), <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/brochures/172-folder-een-andere-huisarts-kiezen/file>.
- Pool, J. (1993). *Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1992*. Retrieved from <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000730.pdf>
- Positieve reacties op actie kleinere dokterspraktijken. (1979, 14-02-1979). *De Waarheid*. Retrieved from <https://resolver.kb.nl/resolve?urn=ddd:010376854:mpeg21:a0115>
- Raad van State. (2005). *Zorgverzekeringswet*. (385). Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden Retrieved from https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20050714/publicatie_wet_3/document3/f=/w29763st.pdf
- Raad Volksgezondheid en Samenleving. (2023). *De basis op orde: uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg*. Retrieved from <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde>
- Schers, H., Giesen, P., Raes, S., van den Hoogen, H., & van den Bosch, W. (2001). Continuïteit tijdens de waarneemdienst: de behoefte aan het medisch dossier. *Huisarts en wetenschap*, 44, 262-269. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/continuïteit-tijdens-de-waarneemdienst-de-behoefte-aan-het-medisch-dossier>
- Schuitmaker, L., Derckx, V., Zetsma, K., & Tromp, K. (2022). Vernieuwde KNMG-Gedragscode voor artsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 167. Retrieved from [https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/gedragscode-voor-artsen#Downloads_\(KNMG-Gedragscode_voor_artsen\)-anchor](https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/gedragscode-voor-artsen#Downloads_(KNMG-Gedragscode_voor_artsen)-anchor)
- Scott, W. R., & Davis, G. (2008). *Organizations and organizing: Rational, natural and open systems perspectives*: Routledge.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930), 1129-1133. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
- Tonkens, E. (2021). De meeste zorgverleners deugen: Over botsende logica's in de zorg. *Professionaliteit in de zorg: Reflecteren op je professie*, 97-105.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. (1974). *Structuurnota Gezondheidszorg*. (0000210237). Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal Retrieved from https://repository.overheid.nl/frbr/sgd/19731974/0000210237/1/pdf/SGD_19731974_0005440.pdf

- Van den Berg, R., & Meijman, F. (2009). De (patho) genese van de grootschalige dienstenstructuur. *Huisarts en wetenschap*, 52, 177-181. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/de-pathogenese-van-de-grootschalige-dienstenstructuur>
- Van der Horst, H., Bindels, P., Assendelft, P., Berger, M., Muris, J., Numans, M., . . . De Wit, N. (2018). Hoogste tijd voor minder patiënten per huisarts. *Huisarts en wetenschap*, 61, 30-31. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/hoogste-tijd-voor-minder-patienten-huisarts>
- Van der Werf, G., & De Haan, J. (2002). De praktijkvoering in Huisarts en Wetenschap. Een historische beschouwing. *Huisarts en wetenschap*, 45, 676-681. Retrieved from <https://docplayer.nl/113066208-De-praktijkvoering-in-huisarts-en-wetenschap-een-historische-beschouwing.html>
- Van der Werf, G., & Zaat, J. (2001). De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en wetenschap*, 44, 281-289. Retrieved from <https://www.henw.org/system/files/download/henw-2001-10-428.pdf>
- Van Deursen, L., Alblas, E., Aardoom, J. J., Suijkerbuijk, A. W. M., Wouters, M. J. M., Standaar, L., . . . van der Vaart, R. (2023). E-healthmonitor 2022: in gesprek met zorgprofessionals en zorggebruikers over de rol van digitale middelen in het verbeteren van de zorg. *RIVM rapport 2022-0154*. Retrieved from <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004361.pdf>
- Van Dooren, E., Van Dijk, F., Van der Voort, M., & Lam, E. (2022). Samenwerken tussen zorgorganisaties. *Springer Books*.
- Van Hassel, D., Korevaar, J., Batenburg, R., & Schellevis, F. (2015). *De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014?* Retrieved from Utrecht, Nivel: [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennissynthese Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennissynthese%20Toekomstvisie%20Huisartsenzorg%202022.pdf)
- Van Hassel, D. T. P., & Kenens, R. J. (2013). *Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2012*. Retrieved from Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-jan-2012.pdf>
- Van Helsloot, R. S. M., Van Osselen, E. C. M., Van Werf, G. T. H., & Van Zalinge, E. A. B. (2016). Achter de schermen: de praktijkvoering. *Huisarts en wetenschap*, 59, 364-367. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/achter-de-schermen-de-praktijkvoering>
- Van Osselen, E., Helsloot, R., Van der Werf, G., & Van Zalinge, E. (2016a). Emancipatie van de huisdokter. *Huisarts en wetenschap*, 59, 78-81. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/emancipatie-van-de-huisdokter>
- Van Osselen, E., Helsloot, R., Van der Werf, G., & Van Zalinge, E. (2016b). Het werk van de huisarts. *Huisarts en wetenschap*, 59, 132-135. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/het-werk-van-de-huisarts>
- Van Osselen, E., Helsloot, R., Van der Werf, G., & Van Zalinge, E. (2016c). Van isolement naar organisatie: samenwerken in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en wetenschap*, 59(7), 319-323. doi:10.1007/s12445-016-0189-7
- Van Osselen, E., Helsloot, R., Van der Werf, G., & Van Zalinge, E. (2016d). Van isolement naar organisatie: samenwerken in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en wetenschap*, 59, 319-323. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/van-isolement-naar-organisatie-samenwerken-de-huisartsenpraktijk>

- Van Osselen, E., Helsloot, R., Van der Werf, G., & Van Zalinge, E. (2016e). Werken aan betere huisartsen: van nascholing tot kwaliteitsbeleid. *Huisarts en wetenschap*, 59, 412-415. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/werken-aan-betere-huisartsen-van-nascholing-tot-kwaliteitsbeleid>
- Van Osselen, E., Van Zalinge, E., Helsloot, R., & Van der Werf, G. (2016). Een nieuwe dokter, een nieuwe opleiding. *Huisarts en wetenschap*, 59, 218-221. Retrieved from <https://www.henw.org/artikelen/een-nieuwe-dokter-een-nieuwe-opleiding>
- Van Poll, M. (2023a, 10-8-2023). De twijfel groeit over effecten van opmars private equity in de zorg. *Financieel Dagblad*. Retrieved from <https://fd.nl/samenleving/1483764/de-twijfel-groeit-over-effecten-van-opmars-private-equity-in-de-zorg>
- Van Poll, M. (2023b, 2-3-2023). Recordaantal fusies en overnames in de zorg, rol van private equity groeit. *Financieel Dagblad*. Retrieved from <https://fd.nl/samenleving/1468445/recordaantal-fusies-en-overnames-in-de-zorg-rol-van-private-equity-groeit>
- Van Schaaik, A., Flinterman, L., De Geit, E., Keuper, J., Vis, E., & Batenburg, R. (2022). *De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: Diversiteit en capaciteit, najaar 2021*. Retrieved from Utrecht, Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004153.pdf>
- Van Tuyl, L., & Keuper, J. (2022). E-health als oplossing voor de overspannen zorgarbeidsmarkt?, 4. Retrieved from <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/7827.pdf>
- Van Zalinge, E. (2007). *Vrouwelijke huisartsen, een slag apart?: toetreding en participatie van vrouwen in de huisartsgeneeskunde*: University of Amsterdam.
- Vermeulen, S. (2020). *De slag om HEMA*: Prometheus.
- Vis, E., Flinterman, L., & Batenburg, R. (2022). *De kwaliteit van de opleiding tot huisarts in 2021: een onderzoek onder huisartsen in opleiding*. Retrieved from Utrecht, Nivel: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004127.pdf>
- Zorginstituut Nederland. (2023). Ketenzorg (zvw). Retrieved from <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/ketenzorg-zvw>
- Zuuren, F. J. v. (2004). Marktwerking en ethiek in de kliniek: stemmen uit de praktijk. *Zoetermeer: Centrum voor Gezondheid en Ethiek*. Retrieved from <https://www.ceg.nl/documenten/rapporten/2004/06/29/marktwerking-en-ethiek-in-de-kliniek-stemmen-uit-de-praktijk>

Bijlage A Uitgebreide methode

Deze bijlage beschrijft uitgebreid de methode die gevolgd is om tot de data te komen waarop de resultaten in dit rapport gebaseerd zijn, dit is een aanvulling op hoofdstuk 4.

Eerst zal ingegaan worden op het uitbreiden van de data, de organisatievormen en de overlap hierbij en vervolgens de praktijknamen. In A1 bespreken we de rechtsvormen en van A2 t/m A7 de verschillende organisatievormen.

Het uitbreiden van de data

De basis van de gebruikte data is de Nivel-huisartspraktijkenregistratie. Daaruit zijn de volgende gegevens opgenomen die ook in dit onderzoek benut zijn:

- Het registratienummer voor de praktijk binnen het Nivel
- Het aantal huisartsen dat werkzaam is in de praktijk
- Controledatum
- Praktijknaam (+ vermelding wanneer dit een apotheekhoudende praktijk is)
- Postcode van de huisartsenpraktijk

Ook zijn een aantal algemene gegevensbeheer (agb) codes onderdeel van deze registratiegegevens. Hiervan zijn de volgende ingezet in dit onderzoek:

- Aantal agb-inschrijvingen
- agb-codes van de onderneming
- agb zorgsoort code.

Ten eerste zijn met behulp van een 'web data extractie methode' KvK-nummers toegevoegd. De nog missende KvK-nummers zijn toegevoegd door in Vektis¹⁴ te zoeken op agb-code bij onderneming/vestiging of op postcode in het Zorgaanbiedersportaal¹⁵ van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Door een combinatie van deze methoden zijn alle KvK-nummers aan de database toegevoegd.

De kopie van de oorspronkelijke database, de Nivel-huisartspraktijkenregistratie, werd aangeleverd in een Excel bestand. In Excel is gewerkt aan het handmatig uitbreiden van de data door de verschillende organisatievormen (zie hieronder) toe te voegen. Vanaf het moment dat we een koppeling maakte met gegevens ontleend aan het KvK handelsregister is er verder gewerkt in Access.

De organisatievormen

Na het uitbreiden van de data konden de huisartsenpraktijken ingedeeld worden op basis van de definities van de verschillende organisatievormen. Het proces hiervoor wordt hieronder beschreven (A1 t/m A7). Op basis van deze database worden zeven verschillende organisatievormen onderscheiden: solopraktijk, apotheekhoudende praktijk, HOED, AHOED, praktijk binnen een gezondheidscentrum, ketenpraktijk en de onlinepraktijk. Naar de eerste vijf organisatievormen refereren we in dit rapport als de geïnstitutionaliseerde organisatievormen. Door deze indeling wordt wel gebroken met de indeling in solo-, duo-, groepspraktijk. Laatstgenoemde indeling is

¹⁴ <https://www.vektis.nl/agb-register/zoeken>

¹⁵ <https://zoeken.zorgaanbiedersportaal.nl/>

gebaseerd op het aantal regulier gevestigde huisartsen per praktijk. Om deze verandering inzichtelijker te maken staat in Tabel 11 aangegeven hoe de hier gedefinieerde geïnstitutionaliseerde organisatievormen procentueel verdeeld kunnen worden over de solo-, duo- en groepspraktijken.

Tabel 11 *Procentuele verdeling van de praktijken gebaseerd op het aantal regulier gevestigde praktijken over de geïnstitutionaliseerde organisatievormen. Door afrondingsverschillen telt niet iedere rij op tot 100%.*

Indeling op aantal huisartsen → Indeling op praktijkniveau ↓	Solopraktijk	Duopraktijk	Groepspraktijk
Solopraktijk	100%	0%	0%
Apotheekhoudende praktijk	15%	43%	42%
HOED	21%	56%	24%
AHOED	15%	44%	41%
Praktijk binnen een gzc	16%	44%	40%

Overlap bij de geïnstitutionaliseerde organisatievormen

Zoals ook al regelmatig benoemd in het rapport is er overlap bij de geïnstitutionaliseerde organisatievormen, een praktijk kan voldoen aan de criteria voor meerdere organisatievormen. Een deel van de solopraktijken kan bijvoorbeeld ook onderdeel zijn van een HOED of gevestigd zijn binnen een gezondheidscentrum. En ook een HOED kan weer gevestigd zijn binnen een gezondheidscentrum. Deze overlap is beïnvloed door allerlei factoren waarvan er een aantal genoemd zijn in het historisch overzicht in hoofdstuk 2. Het exacte aantal praktijken dat per duo van geïnstitutionaliseerde organisatievormen overlapt staat in Tabel 12.

Tabel 12 *De overlap in aantallen praktijken tussen de verschillende combinaties van geïnstitutionaliseerde organisatievormen.*

	solopraktijk	apothH.	HOED	AHOED	Praktijk in gzc
solopraktijk		35	0	36	12
AptohH.	35		16	26	7
HOED	0	16		0	129
AHOED	36	26	0		109
Praktijk in gzc	12	7	129	109	

ApothH. = apotheekhoudend en *gzc* = gezondheidscentrum

Praktijknamen

Onder andere omdat de praktijkhouders invloed hebben op hoe hun praktijk geregistreerd staat in de Nivel-huisartspraktijkenregistratie is er geen volledig consistente systematiek voor de praktijknamen in de database. Zo staat er niet altijd een verwijzing naar de organisatievorm in de naam, zoals een medisch centrum of een gezondheidscentrum. Hier is rekening mee gehouden door niet alleen de websites van de individuele huisartsenpraktijken te controleren, maar wanneer mogelijk ook de website van de overkoepelende organisaties, zoals het gezondheidscentrum of de koepel waaronder een gezondheidscentrum valt, te bekijken. Bij het controleren van de overkoepelende organisatie zijn alle praktijken die bij deze organisatie horen opgezocht in de database en de praktijknamen zijn volgens dezelfde structuur aangepast.

Samenwerkingsverbanden

Naast de zeven organisatievormen die in dit rapport beschreven worden zijn er in de Nederlandse huisartsenzorg tal van formele en informele samenwerkingsverbanden op lokaal, wijk en regionaal niveau. Veel huisartsenpraktijken maken deel uit van meerdere samenwerkingsverbanden, elk met een ander doel. Een ketenzorgorganisatie is een voorbeeld van een samenwerkingsverband tussen praktijken voor een specifieke patiëntengroep. Dit is een manier om zorg te organiseren en duidelijk afspraken te maken met andere zorgverleners over wie voor welke vorm van zorg verantwoordelijk is (Zorginstituut Nederland, 2023). Als een praktijk onderdeel wordt van een ketenzorgprogramma verandert er in principe niets aan de organisatiestructuur van de praktijk. Een ketenzorg-organisatieverband is daarmee een belangrijk element van de organisatie van de zorg, maar binnen dit rapport zien we dit als een samenwerkingsverband tussen bedrijfseconomisch en juridisch onafhankelijk blijvende organisaties.

A.1 Rechtsvormen

Door de KvK-nummers kon vervolgens een koppeling gemaakt worden met het handelsregister om de rechtsvormen en adressen van de praktijken toe te voegen aan de data. Hiervoor is het Nivel praktijknummer als unieke identifier gebruikt. Bij de praktijken die niet gekoppeld konden worden is handmatig de rechtsvorm opgezocht in het zorgaanbiedersportaal, het KvK handelsregister en/of de Vektis database.

A.2 Solopraktijk

In de Nivel-huisartspraktijkenregistratie wordt onderscheid gemaakt tussen solo-, duo- en groepspraktijken. Dit onderscheid wordt gemaakt op basis van het aantal huisartsen dat werkzaam is in de praktijk. Alle huisartsenpraktijken waar precies één regulier gevestigde huisarts werkzaam is, zijn gecategoriseerd als een solopraktijk door hierop te filteren.

Vanuit een organisatorisch perspectief geeft het een realistischer beeld van de ontwikkeling van de solopraktijken binnen de huisartsenzorg wanneer er een onderscheid gemaakt wordt tussen vestiging binnen of buiten een samenvestigingsstructuur. De praktijken die niet binnen een samen gevestigde organisatievorm gevestigd zijn staan daadwerkelijk op zichzelf. Waar een praktijk die in een (A)HOED of gezondheidscentrum gevestigd is waarschijnlijk gemakkelijker vervanging kan organiseren in het geval van ziekte en de organisatorische taken die bij het praktijkhouderschap horen kan delen, kan de groep huisartsen die echt alleen gevestigd is dit niet.

A.3 Apotheekhoudende huisartsenpraktijken

In de Nivel-huisartspraktijkenregistratie is de praktijknaam van een praktijk aangepast als bekend is dat het een apotheekhoudende praktijk betreft. Door de praktijknamen te filteren op de term 'apoth' zijn deze praktijken geïdentificeerd en met een '1' gemarkeerd in de bijbehorende kolom. De vergunning die aangeeft of er sprake is van een apotheekhoudende huisartsenpraktijk in onze data is gekoppeld aan een huisarts, en niet aan de praktijk zelf. Daarom is handmatig gecontroleerd in de Vektis database of de praktijk nog aan die criteria voldeed wanneer tijdens de onderzoeksperiode een wisseling van eigenaar plaatsvond. Omdat niet alle praktijken standaard handmatig gecontroleerd zijn, is het mogelijk dat er een praktijk meegeteld is als zijnde apotheekhoudend

terwijl dit niet langer het geval is. Alle praktijken die wel gecontroleerd zijn bleken inderdaad nog apotheekhoudend te zijn.

A.4 HOED en AHOED

De praktijken die op dezelfde locatie gevestigd zijn kunnen georganiseerd zijn als Huisartsen Onder Een Dak (HOED) of Apotheek en Huisarts Onder Een Dak (AHOED). In het geval van een HOED gaat het om twee of meer huisartsenpraktijken op een adres en bij een AHOED om tenminste een huisartsenpraktijk en een apotheek.

De Standaard Bedrijfsindeling code (SBI-code) voor huisartsenpraktijken is 86.21 en de SBI code voor apotheken is 47.73. De eerste vier cijfers van SBI code zijn in bijna alle gevallen gelijk aan NACE Rev.2, de Europese registratie code voor de classificatie van economische activiteiten. Via deze code werden vervolgens de gegevens van apotheken en huisartsenpraktijken in Nederland uit het handelsregister opgenomen als twee losse bestanden. Deze bestanden zijn gekoppeld aan de data in de Nivel-huisartspraktijkenregistratie op basis van KvK-nummer en postcode in Access. Wanneer er twee huisartsenpraktijken en een apotheek op dezelfde locatie gevestigd zijn kunnen deze zowel als HOED als AHOED geclassificeerd kan worden. Er is voor gekozen om deze praktijken alleen als AHOED te classificeren. Onder deze keuze ligt de hypothese ten grondslag dat wanneer verschillende zorgorganisaties samen op één locatie gevestigd zijn, deze meer multidisciplinair zullen samenwerken. Of deze hypothese klopt, en of dit invloed heeft op de kwaliteit van zorg, is een vraag voor vervolgonderzoek. Alle praktijken waar geen apotheek gevestigd is op hetzelfde adres zijn met een '1' gemarkeerd als HOED in de betreffende kolom. Wanneer er een huisartsenpraktijk en een apotheek op hetzelfde adres gevestigd zijn kregen zij code '1' in de kolom voor de AHOED praktijken.

A.5 Huisartsenpraktijk binnen een gezondheidscentrum

In dit rapport is een praktijk binnen een gezondheidscentrum gedefinieerd als de vestiging van minimaal één huisartsenpraktijk in een gebouw met minimaal één andere zorgdiscipline (niet enkel een apotheek, dan een AHOED). Bij gezondheidscentra zijn de meest voorkomende eerstelijnszorg disciplines fysiotherapie, ergotherapie, mondzorg, logopedie en podotherapie. De aanwezigheid van een besnijdeniscentrum of het aanbieden van kunstzinnige therapie werden niet gezien als factoren om te spreken van een gezondheidscentrum. Ook als een zorgdiscipline niet permanent gevestigd is op een locatie, maar bijvoorbeeld alleen spreekuren aanbiedt, is dit niet meegeteld in het aantal benodigde zorgdisciplines voor het kwalificeren als gezondheidscentrum. Deze keuze is gemaakt om de focus te leggen op interdisciplinaire samenwerkingen die mogelijk meer ontstaan wanneer verschillende zorgdisciplines samen in één gebouw gevestigd zijn. Dit is echter niet in iedere regio's nodig of haalbaar en vaste spreekuren zijn dan een goed alternatief om toch ruimte te bieden aan multidisciplinaire samenwerking op een voor de patiënt bekende locatie.

Identificeren van praktijken die mogelijk binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn

Er zijn verschillende strategieën gebruikt om de praktijken te identificeren die onderdeel zijn van een gezondheidscentrum volgens de hierboven beschreven definitie. Deze worden allemaal aangeduid met een eigen code in de database als huisartsenpraktijk die mogelijk gevestigd is binnen een gezondheidscentrum. Het overzicht staat in Tabel 13.

Tabel 13 De gebruikte zoektermen om praktijken die mogelijk binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn te identificeren.

Code	Zoektermen
1	Agb-code van de zorgsoort van de onderneming: 3700 (gezondheidscentrum)
2	'gezondheidscentr'
3	'medisch centr'
4	'centr', 'eerstelijnsplein', 'gezondheidsplein', 'centrumzorg', 'centrum voor medische zorg', 'expat medical centre', 'eerstelijns centrum', 'eerstelijnscentrum', 'zorgplein' en 'centrum voor medische zorg'
5	Bekende ketenpraktijken zijn niet via de hierboven genoemde termen te herkennen waren

Definitieve identificatie huisartsenpraktijken binnen een gezondheidscentrum

Alle huisartsenpraktijken met code 1, 2, 3, 4 of 5 werden gezien als een praktijk die mogelijk binnen een gezondheidscentrum gevestigd is. Om te controleren of deze praktijken voldeden aan de gehanteerde definitie zijn de volgende bronnen geraadpleegd:

- De websites van deze praktijken
- De websites van de overkoepelde gezondheidscentra
- Zorgaanbiedersportaal
- KvK registratie
- Vektis database

Zodra via deze online zoekstrategie bevestigd kon worden dat er een praktijk van een andere eerstelijnsdiscipline permanent op dezelfde locatie gevestigd was, werd de praktijk met '1' gemarkeerd in een aparte kolom in de database in Excel. Wanneer de website geen uitsluitsel kon geven, of wanneer er geen goed werkende site was, werd er online gezocht op het adres van de huisartsenpraktijk. Via deze weg konden andere zorgdisciplines op dat adres gevonden worden. Er is rekening mee gehouden dat grote centra vaak meerdere ingangen en/ of adressen hebben, bijvoorbeeld 3A t/m 3H, vandaar het criterium dat ze zich onder een dak moeten bevinden, maar niet noodzakelijkerwijs op exact hetzelfde adres. Andere zorgdisciplines die in dezelfde straat gevestigd zijn als de huisartsenpraktijk werden niet gezien als onderdeel van een gezondheidscentrum.

Wanneer uit de informatie op de website bleek dat er meerdere huisartsenpraktijken op een locatie gevestigd waren kregen deze praktijken de juiste markering in de database. In sommige gevallen bleek de praktijk een andere naam te hebben gekregen, bijvoorbeeld door overname, of ontbrak de praktijk in de database. Wanneer dit het geval was is de praktijk toegevoegd aan de database.

Door niet alleen vanuit de data in de Nivel-huisartspraktijkenregistratie te werken, maar ook vanuit de gevonden gezondheidscentra de daar gevestigde huisartsenpraktijken op te zoeken in de database zijn extra praktijken gevonden en konden de praktijknamen in een meer uniforme formulering opgenomen worden in de database. Ondanks dat dit zo secuur mogelijk gedaan is, is hier ruimte voor ruis ontstaan door de afhankelijkheid van de verschillende databases en met name de websites. Na deze controle is niet gekeken naar een mogelijke overlap met (A)HOED- en/of solopraktijken. Dit is een bewuste keuze geweest, omdat bekend is dat er vaak meerdere huisartsenpraktijken binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn. Dit kunnen zowel solopraktijken als (A)HOED praktijken zijn. Door de (A)HOED praktijken op basis van het vestigingsadres te identificeren, zoals in A5 beschreven is, is er overlap tussen deze organisatievormen. Wanneer we de (A)HOED praktijken niet mee zouden tellen met de praktijken die binnen een gezondheidscentrum gevestigd zijn zou de data niet aansluiten bij de dagelijkse praktijk waar de organisatievormen elkaar overlappen.

A.6 Ketenpraktijken

Top-down ketenpraktijken

Door in Access een databaseobject (query) te runnen en zo te filteren op KvK-nummers die meerdere keren voorkomen in de database werden 498 praktijken gevonden. Dit zijn overwegend praktijken die samen in een maatschap zitten. Deze praktijken zijn eruit gefilterd om de stichting en BV ketenpraktijken te kunnen identificeren.

De tweede versie van de top-down ketenpraktijken zijn de praktijken die dezelfde eigenaar hebben, maar daarbij wel onder verschillende KvK-nummers kunnen werken. Om deze praktijken te identificeren werden bedrijfsdatabases geraadpleegd. Hiermee is de uiteindelijke eigenaar van een onderneming achterhaald. Door ook hier de koppeling met de praktijken te maken kon ook de bedrijfsstructuur achterhaald worden, en de uiteindelijke eigenaar van een praktijk geïdentificeerd worden.

Bottom-up ketenpraktijken

Bij de bottom-up praktijken kijken we naar de samenstelling van de directie van een praktijk. Ook hiervoor zijn bedrijvendatabases geraadpleegd. Door te kijken naar het unieke identificatienummer van directieleden konden ook ondernemingen, die zitting nemen in de directie van een praktijk, achterhaald worden.

De laatste ketenvorm zijn de praktijken waarbij een externe organisatie op hetzelfde adres als de praktijk gevestigd is. Deze zijn geïdentificeerd door de postcodes van de ondernemingen waarin een externe partij vertegenwoordigd is in de directie, te koppelen aan de postcodes van de praktijken. In geval van een match ontstaat op die manier een relatie tussen een externe organisatie en een praktijk. De netwerkweergave is gemaakt met behulp van de ORA-software.

A.7 Online huisartsenpraktijken

De praktijknamen in de database zijn gefilterd op de termen 'online' en 'digitaal', dit leverde geen resultaten op. Vervolgens is er online gezocht naar praktijken die voldoen aan de gehanteerde definitie van een online huisartsenpraktijk. Dit werd gecontroleerd door de websites van de praktijken te bekijken en zo werd ook bepaald tot welke sub vorm ze behoren. In de database zijn de praktijken zonder eigen praktijkruimte met een '1' gemarkeerd en praktijken met een eigen praktijkruimte met een '2'.

Er is geen specifieke registratie voor deze organisatievorm en de term 'online huisartsenpraktijk' wordt met veel verschillende betekenissen gebruikt. Via het online zoeken en het secuur bekijken van de websites van de verschillende praktijken zijn vier praktijken gevonden die aan deze strikte definitie voldoen. Naast de praktische beperkingen dat deze praktijken niet op een andere manier geïdentificeerd konden worden, is deze keuze ook gemaakt op basis van de veronderstelling dat een online huisartsenpraktijk bij uitstek online goed zichtbaar zal moeten zijn. Omdat dit een snel ontwikkelende praktijkvorm is, is het mogelijk dat er snel meer praktijken bijkomen die aan de definitie voldoen of juist weer verdwijnen.