



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg

Wat betekent deze ontwikkeling voor ons toezicht?

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Aanbevelingen	4
Vervolg	6
Inleiding	7
1 Goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording	11
1.1 Problemen die kunnen ontstaan	12
1.2 Waar knelt het toezicht?	17
2 Declaraties bedrijfsketens	23
2.1 Problemen die kunnen ontstaan	24
2.2 Waar knelt het toezicht?	24
3 Kwaliteit van huisartsenzorg	25
3.1 Problemen die kunnen ontstaan	26
3.2 Waar knelt het toezicht?	29
4 Digitaal zorgaanbod (<i>digital first</i>)	33
4.1 Problemen die kunnen ontstaan	36
4.2 Waar knelt het toezicht?	37
5 Regionale samenwerking	41
5.1 Problemen die kunnen ontstaan	43
5.2 Waar knelt het toezicht?	44
6 Conclusie, aanbevelingen en vervolg	48
Aanbevelingen	48
Risicoselectie en doorontwikkeling van ons toezicht	53
Slotwoord	54
Bijlagen	55
Bronnenlijst	55
Afkortingenlijst	58

Samenvatting

De druk op de huisartsenzorg vraagt om vernieuwing en verandering. Met een blijvend krappe arbeidsmarkt, een vergrijzende bevolking, de toename van chronische ziekten en de ambitie om kwetsbare mensen steeds langer thuis te laten wonen, zal de druk op de gehele zorg de komende jaren hoog blijven.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zien dat bedrijfsketens een bijdrage kunnen leveren aan de toekomstbestendigheid van de huisartsenzorg in een veranderend zorglandschap. Zo kunnen grote bedrijfsketens bedrijfsprocessen efficiënter inrichten waardoor de huisarts kan worden ontzorgd. Denk hierbij aan zaken zoals huisvesting, personeels- en financiële administratie en contracten met zorgverzekeraars. Bovendien kunnen er schaalvoordelen ontstaan. Kortom, de opkomst van bedrijfsketens kan een kansrijke ontwikkeling zijn.

Echter, wij ontvangen ook veel meldingen en signalen van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over bedrijfsketens in de huisartsenzorg. Uit ons reguliere onderzoek naar deze meldingen blijkt dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg bij een deel van deze bedrijfsketens niet altijd voldoende geborgd is. Het hoofddoel van dit verkennend onderzoek is inzicht krijgen in de ontwikkeling van bedrijfsketens en mogelijke problemen op grond van bepaalde kenmerken en keuzes, die bedrijfsketens hebben en maken op het gebied van zorgaanbod, de organisatie van de zorg en financiering. Ook gaan we in op knelpunten die we ervaren in ons lopend toezicht. Op basis van deze knelpunten doen we aanbevelingen aan verschillende partijen die bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de huisartsenzorg. Het is van essentieel belang dat patiënten kunnen blijven vertrouwen op zorg die kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk is. Daarvoor zijn wij als toezichthouders samen met zorgaanbieders, branchepartijen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en andere partijen aan zet. We zien problemen op vijf thema's:

- **Goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording**

Snel groeiende bedrijfsketens kunnen in korte tijd een flink marktaandeel verwerven, vaak verspreid over het land, en hierdoor een zorgorganisatie van aanzienlijke omvang worden die wellicht op enig moment *too big to fail* is. Dit brengt het risico met zich mee dat als deze zorgorganisaties in financiële problemen komen, de toegankelijkheid van zorg op forse schaal in het geding kan komen. Het is dan belangrijk om de publieke belangen te waarborgen en tijdig in te kunnen grijpen als dat nodig is.

We ervaren op dit moment onvoldoende mogelijkheden in sturing op deskundigheid van bestuurders, onvoldoende toetsbare normen ten aanzien van de werking van de financiële bedrijfsvoering en onvoldoende normen voor financiële ratio's in de zorgwetgeving. Om ons toezicht beter aan te kunnen laten sluiten bij zorgorganisaties van aanzienlijke omvang, doen we daarom aanbevelingen gericht op deze knelpunten. Daarnaast kan de NZa met de zorgspecifieke concentratietoets onwenselijke concentraties op inhoudelijke gronden vrijwel niet tegenhouden. De NZa kan een concentratie bijvoorbeeld wel tegenhouden wanneer de betrokken organisaties onvoldoende inzicht bieden in de gevolgen van de concentratie voor de bereikbaarheid van zorg op de middellange termijn (vijf jaar).

- **Declaraties bedrijfsketens**

Een aantal onderzochte bedrijfsketens declareert anders dan de reguliere werkwijze. We zien twee andere manieren van declareren, namelijk via populatiebeposting en via de koepel-AGB-code (Algemeen Gegevens Beheer-code). Bij populatiebeposting declareren de huisartsenpraktijken elk

kwartaal een *all-in* tarief zonder losse consulten. Als praktijken declareren via de koepel-AGB-code, dan wordt alle geleverde zorg gedeclareerd op één AGB-code. Er wordt hier dus niet gedeclareerd op de verschillende AGB-codes van de vestigingen. Bij deze manieren van declareren heeft de NZa minder zicht op de geleverde zorg van een praktijk en welke vestiging welke zorg heeft geleverd, dit maakt het toezicht op de rechtmatigheid van declaraties moeilijker.

- **Kwaliteit van huisartsenzorg**

Adequate personele bezetting is een voorwaarde voor het verlenen van goede zorg. Personele bezetting houdt verband met de mogelijkheid om de kerntaken, zoals de spoedzorg, uit te voeren. Momenteel kunnen we achteraf toetsen of er goede zorg is verleend. We zien dat sommige locaties van bedrijfsketens niet voldoen aan de richtlijnen omtrent bereikbaarheid en beschikbaarheid. Daarnaast gaat het - wat betreft het toetsen van goede zorg – ook om de invulling van kernwaarden, zoals continuïteit en persoonsgerichte zorg. We kunnen vanuit de kernwaarden en de bijbehorende beschikbare normen van de beroepsgroep momenteel niet goed toetsen of de personele bezetting in een huisartsenpraktijk voldoende is om continuïteit en persoonsgerichte zorg te borgen.

- **Digitaal zorgaanbod**

Het gebruik van digitale middelen door huisartsen heeft invloed op de (ervaren) zorgkwaliteit. Dat geldt ook als digitaal contact in de plaats van fysiek contact komt. Digitale zorg is niet voor elke situatie en niet voor alle patiënten even geschikt. Professionele standaarden gaan onvoldoende in op digitale zorg. Daarnaast is het digitale zorgaanbod nog in ontwikkeling en is het onduidelijk of er aanvullende randvoorwaarden nodig zijn.

- **Regionale samenwerking**

Als bedrijfsketens geen aansluiting hebben bij regionale samenwerkingsverbanden, of wederzijds problemen ervaren in de samenwerking, dan vormt dit een risico voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Bij landelijk georiënteerde bedrijfsketens staat de regionale samenwerking potentieel meer onder druk. Het is de taak van verschillende partijen om ervoor te zorgen dat huisartsenzorg beschikbaar blijft en dat er een goede samenwerking in de regio is. Het moet duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is in de regio en wat de rollen en verantwoordelijkheden van partijen zijn om de toegankelijkheid tot huisartsenzorg te borgen, voor nu en in de toekomst.

Aanbevelingen

De opkomst van bedrijfsketens levert in sommige gevallen problemen op, waardoor toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg onder druk komen te staan. De NZa en IGJ ervaren knelpunten in hun toezicht binnen de genoemde thema's. Wij doen daarom een aantal aanbevelingen aan partijen om samen te werken aan een toekomstbestendige huisartsenzorg. De aanbevelingen zijn ingedeeld op basis van de vijf thema's.

Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering:

Om ons toezicht beter aan te kunnen laten sluiten bij zorgorganisaties van aanzienlijke omvang, doen we de volgende drie aanbevelingen voor het borgen van een goed bestuur en professionele bedrijfsvoering:

1a Deskundigheid van het bestuur

We adviseren de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) te onderzoeken of het wenselijk is meer eisen te stellen aan de deskundigheid van het bestuur van zorgorganisaties van aanzienlijke omvang. Het gaat om een gezamenlijke verkenning met ons als toezichhouders over hoe we meer

kunnen toewerken naar duidelijkere normering voor de deskundigheid van het bestuur en de mogelijkheden tot meer gestructureerde interventies daarop. Het vertrekpunt hierbij is bestaande wet- en regelgeving voor het borgen van goed bestuur en professionele bedrijfsvoering.

1b Werking van de financiële bedrijfsvoering

We adviseren de minister van VWS om t.a.v. de financiële bedrijfsvoering in artikel 40a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) inhoudelijk toetsbare normen te stellen voor de werking van de financiële bedrijfsvoering of de NZa beleidsruimte te geven dit in te vullen. Dit schept duidelijkheid voor bedrijfsketens, voor bestuurders en voor in- en externe toezichhouders.

1c Financiële ratio's

We adviseren de minister van VWS om de komende periode samen met de NZa te inventariseren of een vorm van normering voor financiële ratio's nodig is en hoe de wet hierop zo nodig aangepast kan worden.

2 De NZa adviseert de minister van VWS om te onderzoeken hoe meer ruimte gecreëerd kan worden om bij de zorgspecifieke concentratietoets ook op enkele inhoudelijke aspecten te toetsen.

Declaraties

3 De NZa verkent of het mogelijk is het gebruik van de AGB-code door de uitvoerend zorgaanbieder (zoals een vestiging) wettelijk te verankeren. Hierbij werkt de NZa – als dat nodig is – samen met het ministerie van VWS.

Kwaliteit van huisartsenzorg

4 We doen voor het toezicht van de IGJ de aanbeveling aan de beroepsgroep en patiëntvertegenwoordigers om de kernwaarden 'continuïteit van zorg' en 'persoonsgericht' voor de huisartsenzorg te vertalen naar uitgangspunten – en waar dat mogelijk is – in normen. We vragen het ministerie van VWS hierin een coördinerende rol te nemen.

Digitaal zorgaanbod (*digital first*)

5. We roepen de minister van VWS op om de risico's van specifieke vormen van digitale zorg geleverd door derden (niet zijnde de eigen huisarts) te onderzoeken. En om te kijken of er aanvullende randvoorwaarden nodig zijn om de kwaliteit van de zorg te borgen.

6 We roepen de beroepsgroep (Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)) op om huisartspraktijken te ondersteunen bij het maken van de afweging of fysieke dan wel digitale zorg passend is.

Regionale samenwerking

7 We adviseren om vanuit een brede vertegenwoordiging van de zorg – zorgaanbieders, brancheorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten – normen voor regionale samenwerking op te stellen. Deze normen op het gebied van samenwerking kunnen een plaats krijgen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) als onderdeel van goede zorg. Daarnaast roepen we de minister van VWS op om het gesprek hierover aan te jagen en duidelijke richtlijnen rondom rollen en verantwoordelijkheden te blijven ontwikkelen.

Vervolg

Ook als toezichthouders hebben wij een rol om ons toezicht op de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg door bedrijfsketens verder te ontwikkelen. We verkennen of we – op basis van de inzichten uit dit onderzoek – een risicoselectie instrument kunnen ontwikkelen om te gebruiken in ons toezicht. Op basis van de problemen die we hebben gezien, onderscheiden we een aantal risicofactoren op basis waarvan we dit instrument willen ontwikkelen. Voorbeelden van risicofactoren zijn: omvangrijke bedrijfsketens die *too big to fail* kunnen worden, een complexe organisatiestructuur met onvoldoende zicht op besteding zorggeld, afstand tussen aansturing en uitvoering met onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden, onvoldoende personele bezetting, intransparante declaraties op één AGB-code, een disbalans in fysiek en digitaal aanbod bij hybride zorg en/of onvoldoende aansluiting bij regionale samenwerkingsverbanden.

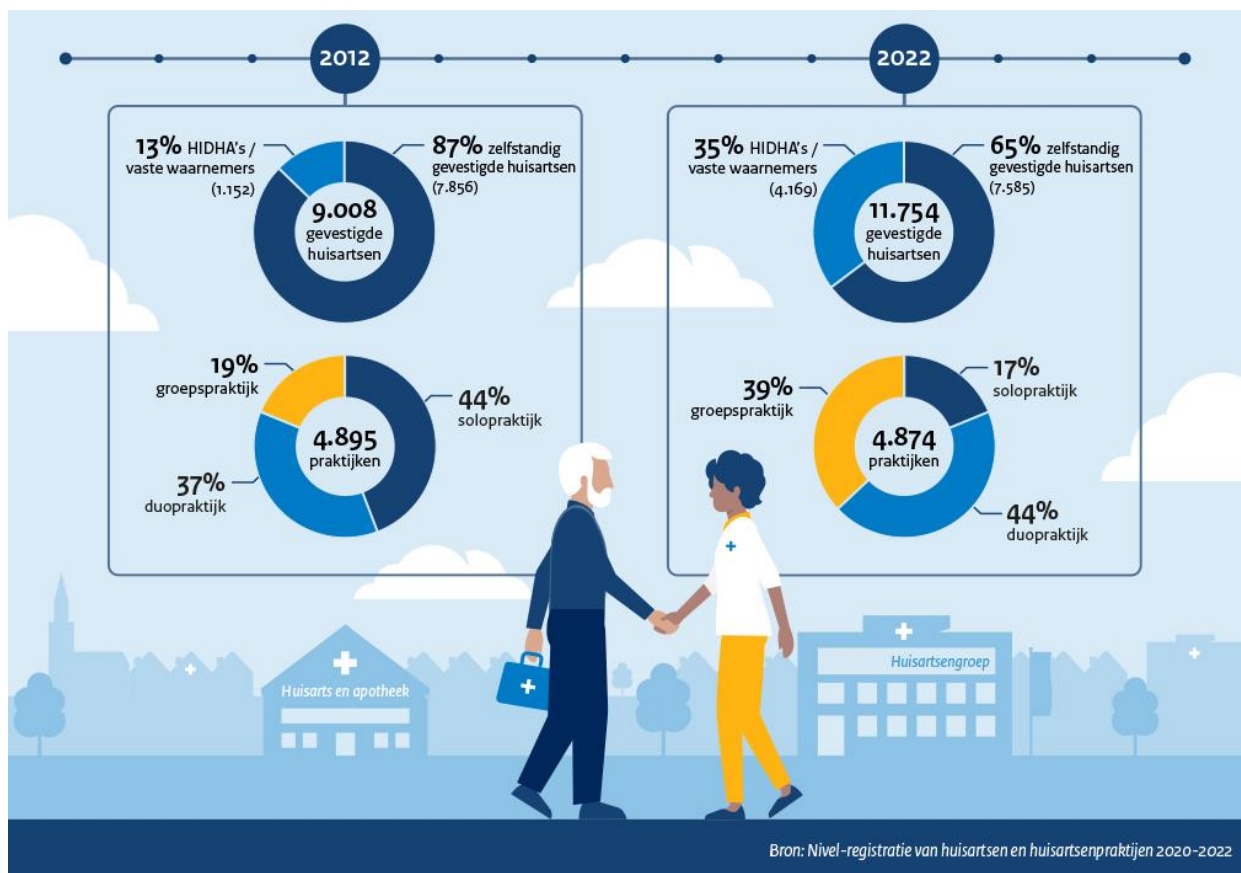
We vinden het belangrijk dat de huisartsenzorgsector (blijft) vernieuwen. De toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg moet behouden blijven, terwijl de huisartsenzorg met meer en ingewikkeldere zorgvragen te maken krijgt. Hieraan kunnen bedrijfsketens bijdragen als de randvoorwaarden voor het verlenen van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg op orde zijn.

Inleiding

De kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg staan onder druk. Net als in andere zorgsectoren zien we dat de spanning tussen vraag en aanbod toeneemt. Relevante ontwikkelingen die in de 'De Stand van de zorg 2023' naar voren komen, zijn de vergrijzing van de bevolking, de huidige en verwachte personeelstekorten, tekorten aan praktijkhouders (opvolgers), wachtlijsten in andere sectoren, de focus op het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van zorg uit andere sectoren naar de eerste lijn. In oktober 2022 vroegen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in een 'signaleringsbrief' gezamenlijk aandacht voor arbeidskrapte en de hiermee samenhangende problemen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

Om de zorg toegankelijk en betaalbaar – en daarmee toekomstbestendig – te houden, zijn ingrijpende veranderingen nodig. Overheidspartijen, de zorgsector en het sociaal domein maken zich samen hard voor die overgang. In het 'Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg' (IZA) zijn in het kader van die overgang naar 'Passende zorg' afspraken gemaakt. Eén van de afspraken is om te komen tot een 'Visie op het versterken van de eerste lijn' (2030). Daarnaast zijn in het IZA specifiek voor de huisartsenzorg afspraken gemaakt over meer tijd voor de patiënt (MTVP), het beter organiseren van de druk op de avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg), het aantrekkelijker maken van het vak en praktijkhouderschap, het inzetten op voldoende en betaalbare praktijkhuisvesting en het aanpakken van de administratieve lasten.

Ontwikkelingen huisartsenzorg



*Lees meer in Achtergrondinformatie ontwikkelingen huisartsenzorg.

De druk op de huisartsenzorg vraagt dus om vernieuwing en verandering. De afgelopen jaren zien we in de huisartsenzorg bedrijfsketens opkomen die onderdeel willen zijn van deze vernieuwing en verandering.

Definitie bedrijfsketens in de huisartsenzorg

Met bedrijfsketens in de huisartsenzorg bedoelen we een huisartsenorganisatie die over meerdere praktijken beschikt of intensieve samenwerkingen aangaat met meerdere praktijken. We zien dat bedrijfsketens op twee manieren ontstaan*:

- 1 Door bestaande huisartsenpraktijken over te nemen en/of nieuwe huisartsenpraktijken te openen (hierna: variant 1).
- 2 Door vergaande samenwerkingen met huisartsenpraktijken aan te gaan waarbij bedrijfsketens huisartsen administratieve lasten (bijvoorbeeld personeelsmanagement en backoffice) uit handen nemen en/of digitale diensten aanbieden. Bij een aantal van deze samenwerkingen worden bedrijfsketen en praktijkhouder samen eigenaar van de praktijk (hierna: variant 2).

**Als we kijken naar het rapport 'Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg: van solopraktijk naar keten', dan zien we dat het Nivel (pag.22) de varianten nog verder opsplijt. Wij verstaan onder variant 1 de top-down ketenpraktijken. De bottom-up ketenpraktijken en de online huisartsenpraktijken uit het Nivel rapport vallen hier onder variant 2.*

Dit gaat gepaard met kansen en problemen. We zien dat bedrijfsketens vaak een bedrijfsmodel hebben dat overheadkosten en administratieve lasten voor huisartsen wil verkleinen. Ook springen ze regelmatig bij in regio's waar de huisartsenzorg onder druk staat. Daarbij maken verschillende bedrijfsketens gebruik van een hybride of volledig digitaal zorgaanbod. Mits goed in samenhang met fysiek zorgaanbod ingezet, kunnen bedrijfsketens op deze manier bijdragen aan het verminderen van de druk op de huisartsenzorg en de toegankelijkheid ervan vergroten.

Kortom, de opkomst van bedrijfsketens kan een kansrijke ontwikkeling zijn. Echter, wij ontvangen ook veel meldingen en signalen van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over bedrijfsketens in de huisartsenzorg. Uit toezichtonderzoek naar deze meldingen blijkt dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg bij een deel van deze bedrijfsketens niet altijd voldoende geborgd is.

Signalen en meldingen*

'Het Landelijk Meldpunt Zorg' (LMZ) van de IGJ ontvangt signalen en meldingen over de kwaliteit van zorg. In de periode 1 januari 2021 tot en met 31 december 2023 ontving het LMZ zo'n 400 signalen en meldingen van burgers en zorgverleners over bedrijfsketens, waarvan zo'n 150 in 2023. De meldingen gaan daarbij vooral over problemen in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en de ervaren kwaliteit van zorg. Het merendeel van de meldingen ging over twee bedrijfsketens. Als er aanleiding is blijft de IGJ onderzoek doen naar individuele praktijken. De NZa heeft in de periode 1 januari tot en met 1 september 2023 ook 15 meldingen over bedrijfsketens gehad. Deze meldingen gingen vooral over de toegankelijkheid van zorg bij (tijdelijke) sluiting van praktijken.

**De IGJ ontvangt zowel meldingen als signalen. De IGJ ontvangt meldingen van zorgaanbieders en burgers. zorgaanbieders zijn verplicht calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en ontslag vanwege disfunctioneren bij de IGJ te melden. De IGJ ontvangt naast meldingen ook signalen van burgers. bij veel of ernstige signalen over een zorgaanbieder kan de IGJ besluiten onderzoek te doen. De NZa gebruikt alleen de term 'meldingen'. dit kunnen meldingen zijn van o.a. zorgaanbieders, zorgverzekeraars en burgers.*

Dit vormt aanleiding voor de vraag of deze meldingen en signalen te maken hebben met bepaalde kenmerken en de keuzes die bedrijfsketens maken in het zorgaanbod, de organisatie van de zorg en financiering.

Doel van de het verkennend onderzoek en onderzoeksvragen

Het hoofddoel van dit verkennend onderzoek is inzicht krijgen in de opkomst en ontwikkeling van bedrijfsketens en mogelijke problemen van deze ontwikkeling voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de huisartsenzorg en eventuele knelpunten binnen ons toezicht. Op basis van deze knelpunten doen we aanbevelingen aan verschillende partijen die bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de huisartsenzorg. De aanbevelingen aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zien er vooral op toe om onze handelingsmogelijkheden, waar nodig, te vergroten. Ook kijken we naar mogelijkheden voor de doorontwikkeling van ons toezicht om gericht toezicht te kunnen blijven houden op (bedrijfsketens in) de huisartsenzorg.

Onderzoeksvragen

In dit verkennend onderzoek beantwoorden we drie vragen om ons toezicht op bedrijfsketens in de huisartsenzorg te kunnen verbeteren.

- 1 Welke problemen zien we bij bedrijfsketens rondom de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de rechtmatige besteding van zorggeld?
- 2 Welke invloed hebben wij en/of andere partijen op de problemen van bedrijfsketens in de huisartsenzorg?
- 3 Welke aanbevelingen kunnen we aan betrokken partijen doen?

Werkwijze en afbakening

De meeste meldingen en signalen die wij over bedrijfsketens in de huisartsenzorg hebben ontvangen, gaan over variant 1 van bedrijfsketens. Voor een volledig beeld zijn beide varianten van bedrijfsketens in ons onderzoek meegenomen. Vanuit deze gedachte hebben we zes bedrijfsketens geselecteerd voor een verdiepende analyse ten behoeve van dit onderzoek. Dit waren bedrijfsketens waarover we veel meldingen hebben ontvangen, maar ook een aantal bedrijfsketens waar minder of geen meldingen over zijn binnen gekomen. Er is geprobeerd bedrijfsketens te selecteren die verschillen in organisatievorm, zorgaanbod en manier van financieren. We hebben informatie uit lopend onderzoek en vanuit reguliere toezichtbezoeken (niet op basis van meldingen of signalen) gebruikt. Ook is aanvullende schriftelijke informatie bij een aantal bedrijfsketens in de huisartsenzorg opgevraagd. Als laatste hebben we zorgverzekeraars, brancheorganisaties en andere belangrijke stakeholders over deze ontwikkeling van bedrijfsketens geïnterviewd.

We beschrijven onze bevindingen op basis van vijf thema's en gaan niet in op individuele zorgaanbieders. We geven geen uitputtend overzicht van alle wettelijke kaders, richtlijnen en normen waarmee we toezicht houden op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en rechtmatige besteding van zorggeld, maar verwijzen – waar relevant – naar wetgeving, richtlijnen, normen en kaders. Voor een volledig overzicht van onze wettelijke kaders verwijzen we naar onze beide websites: www.igj.nl en www.nza.nl.

In dit onderzoek schetsen we geen toekomstperspectief op de huisartsenzorg. Ook zijn onze bevindingen niet altijd uniek voor bedrijfsketens en verschillen bedrijfsketens onderling. Deze analyse gebruiken we daarom voor de doorontwikkeling van ons toezicht op de gehele huisartsenzorgsector, inclusief bedrijfsketens. In andere sectoren zien we ook bedrijfsketens ontstaan. Daarom kunnen bepaalde bevindingen uit dit onderzoek ook relevant zijn voor andere sectoren. Denk aan de mondzorg en verpleging en verzorging. Hiervoor is meer onderzoek nodig.

Achtergrondinformatie ontwikkelingen huisartsenzorg

Geschiedenis huisartsensector

Door de veranderingen in de zorg is de huisartsenzorg ook steeds in ontwikkeling. Van oudsher is de huisarts een solo-ondernemer die vaak samen met zijn partner – vaak als assistente – de praktijk en apotheek aan huis runt. Huisartsenpraktijken zijn in de afgelopen decennia uitgegroeid tot grotere organisaties waar – naast huisarts(en) – ook ondersteunend personeel werkt.

Door de huidige ontwikkelingen in de huisartsenzorg ontstaan de afgelopen jaren bedrijfsketens die meerdere huisartsenpraktijken overnemen, nieuwe praktijken openen of samenwerkingen aangaan met andere huisartsenpraktijken.

Aantal huisartsen, type dienstverband en praktijkvorm

De afgelopen tien jaar is het aantal huisartsen met een derde toegenomen. Dat blijkt uit de [‘Cijfers uit de registratie van huisartsen 2021’](#) van het Nivel. In 2012 waren er ongeveer 10.000 huisartsen; nu zijn het er bijna 13.000. Zij leveren in 2022 zorg in 4.874 huisartsenpraktijken. Dat maken de [‘Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022’](#) duidelijk. Hiervan is 17,5% solopraktijk, 43,8% duopraktijk en 38,7% groepspraktijk.

Het relatieve aandeel praktijkhoudend huisartsen is de afgelopen jaren sterk gedaald. Het aandeel huisartsen in dienst bij een huisarts (hidha's) of vaste waarnemers (van 6% naar 28%) en wisselende waarnemers (van 10% naar 21%) zijn de afgelopen twee decennia juist sterk toegenomen.

1 Goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording

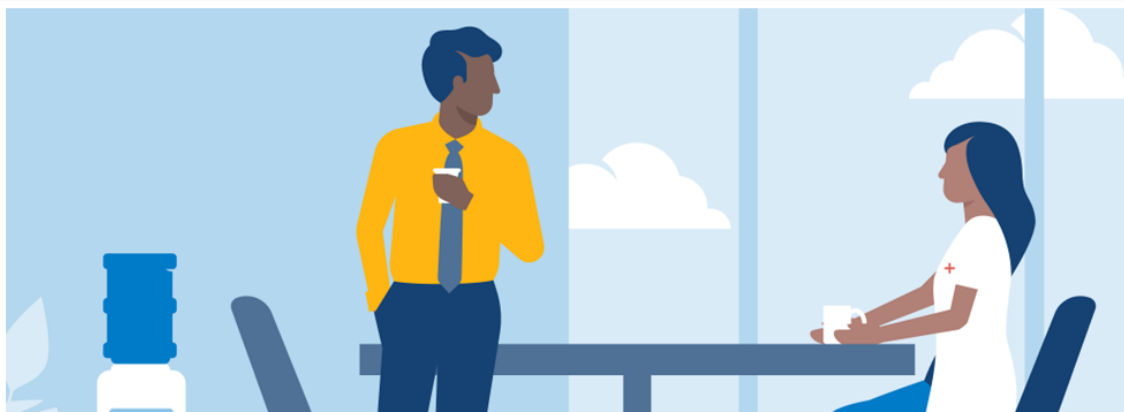
Hoe een zorgorganisatie wordt bestuurd, beheerd, gecontroleerd en verantwoording aflegt zijn belangrijke aspecten van 'goed bestuur'. Bestuurders van zorgorganisaties zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg die zij leveren, evenals voor een rechtmatige besteding van het zorggeld. Een professionele en transparante bedrijfsvoering is hierbij van groot belang.

Binnen de wettelijke vereisten hebben zorgorganisaties de vrijheid om de eigen organisatie in te richten en keuzes te maken. Ook in de markt van de huisartsenzorg zien we een gevarieerd beeld ontstaan van zorgorganisaties die verschillen in grootte, rechtsvorm en bedrijfsvoering. Huisartsenpraktijken moeten op basis van de eisen voor goed bestuur en professionele bedrijfsvoering zorgdragen voor een ordelijke administratie, een passende financiële buffer en – afhankelijk van het aantal zorgverleners – een intern toezichthouder. Deze vereisten worden gesteld om de publieke belangen voor iedereen te kunnen waarborgen.

Toezicht goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording Grondslag toezicht: Wkkgz, Wtza, Wmg.

Goed bestuur

Volgens het 'Kader Goed Bestuur' is het resultaat van goed bestuur dat zorgaanbieders goede, veilige, toegankelijke en betaalbare zorg bieden. Het is aan het bestuur en intern toezichthouders om – naast het organisatiebelang – ook steeds oog te hebben voor de publieke en maatschappelijke belangen. Van een deskundig bestuur verwachten we dat zij de kwaliteit van zorg bewaken, beheersen en verbeteren en dat zij een grote organisatie kunnen aansturen.



Professionele bedrijfsvoering

Bij een professionele bedrijfsvoering zijn de processen op orde en kunnen we erop vertrouwen dat de zorgaanbieder passende zorg levert en deze correct declareert.

Transparante verantwoording

Een van de eisen bij een professionele bedrijfsvoering is het openbaar maken van de jaarverantwoording. Met de openbare jaarverantwoording geeft een zorgaanbieder inzicht in hoe hij gemeenschappelijk zorggeld besteedt. Ook is hij transparant over zijn financiële bedrijfsvoering.

* Lees meer in [Verdieping: Toezicht goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording](#).

Met de opkomst van de bedrijfsketens in de huisartsenzorg zien we dat er enerzijds kansen ontstaan. Zo kunnen grote bedrijfsketens bedrijfsprocessen efficiënter inrichten waardoor de huisarts wordt ontzorgd. Zaken als huisvesting, werving en selectie, personeels- en financiële administratie, contracten met zorgverzekeraars, inkoop en ICT worden dan uit handen genomen. Bovendien kunnen er schaalvoordelen ontstaan.

Een organisatiestructuur met meerdere entiteiten biedt daarnaast de mogelijkheid verschillende risico's af te dekken. Denk aan civielrechtelijke en financiële aansprakelijkheden voor natuurlijke personen of de operationele personele risico's in de krappe arbeidsmarkt. Dit zorgt voor o.a. meer flexibiliteit van personeel, fiscaal administratieve en financiële voordelen en contractuele onderhandelingsmacht. En als laatste kunnen bedrijfsketens via private financieringsvormen investeren in de doelmatigheid en kwaliteit van de huisartsenzorg. Als de voorwaarden voor goed bestuur en professionele bedrijfsvoering echter niet op orde zijn, dan kan dit kwalitatief goede, toegankelijke zorg en een rechtmatige besteding van zorggeld in de weg staan.

1.1 Problemen die kunnen ontstaan

Bij bedrijfsketens kunnen problemen in de bedrijfsvoering ontstaan, waarbij oorzaken liggen in de kenmerken van de zorgorganisatie zoals vorm, grootte, structuur en financiering. Soms passen de huidige wettelijke vereisten en normen niet meer bij de nieuwe ontwikkelingen en perspectieven.

Omvangrijke bedrijfsketens worden *too big to fail*

Snel groeiende bedrijfsketens kunnen in korte tijd een flink marktaandeel verwerven, vaak verspreid over het land, en hierdoor een zorgorganisatie van aanzienlijke omvang worden die wellicht op enig moment *too big to fail* is. Als een bedrijfsketen dan in de financiële problemen komt, heeft dat grote gevolgen voor de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Het is dan belangrijk om de publieke belangen te waarborgen en tijdig in te kunnen grijpen als dat nodig is. In dit kader verwijzen we naar de 'beleidsreactie van het ministerie van VWS' over het faillissement van het Slotervaart Ziekenhuis. Hierin gaat het ministerie in op een Early Warning System (EWS) en continuïteitsbeleid bij zorgaanbieders in financiële problemen.

Too big to fail

Too big to fail is een term die veelvuldig werd gebruikt ten tijde van de kredietcrisis die zich voordeed in de financiële sector. Banken en zorgverzekeraars waren door deregulering zo groot geworden dat een eventueel faillissement zeer grote gevolgen zou hebben voor de economische stabiliteit van landen. Toen deze ondernemingen als gevolg van de kredietcrisis in de financiële problemen kwamen, kon de overheid niet veel anders dan financieel bijspringen. De kredietcrisis is mede aanleiding geweest voor intensiever systeemtoezicht op de financiële sector.

Onvoldoende (brede) deskundigheid van het bestuur

De aansturing van grote bedrijfsketens vraagt om andere competenties van een bestuur(der) dan in een kleinschalige huisartsenpraktijk. Bestuurders van deze grote zorgorganisaties moeten kennis hebben over en ervaring hebben op het gebied van goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording en hier in de dagelijkse praktijk aandacht aan geven. Het heeft de voorkeur dat binnen het bestuur verschillende disciplines – zorginhoudelijk, bedrijfsmatig en financieel – zijn vertegenwoordigd. De zorgorganisatie kan de borging van deze

verschillende disciplines ook ergens anders in de organisatie beleggen, denk bijvoorbeeld aan een ICT- of financieel expert die het bestuur ondersteunt.

Bovendien moet het bestuur een (maatschappelijk) verantwoorde afweging kunnen maken tussen het belang van kwalitatief goede huisartsenzorg en andere belangen van de zorgorganisatie. Hierbij is het bieden van goede en veilige zorg altijd de eerste prioriteit. We zien het als een risico als er onvoldoende (brede) deskundigheid binnen het bestuur is om deze afweging te kunnen maken en het belang van goede zorg te blijven borgen.

Te dominant streven naar winstgevendheid

Wij zien en verwachten een groei van private investeringen (waaronder *private equity*) in de zorg, ook in de huisartsenzorg. Bij deze investeringen zal logischerwijs het winstoogmerk, oftewel het rendementsdenken een grote rol spelen. Met winstoogmerk wordt bedoeld dat financiële resultaten een hoge prioriteit hebben bij investeerders. Bij *private equity* is het behalen van voldoende rendement zelfs een van de belangrijkste redenen om in bedrijven te investeren. Met als doel de waarde van de organisatie te verhogen. Het streven naar winstgevendheid mag niet ten koste gaan van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Het risico op een disbalans tussen enerzijds het streven naar winstgevendheid en anderzijds de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, is hoger wanneer de kwaliteit van zorg moeilijker meetbaar is en patiënten zich in een afhankelijke situatie bevinden.

Private equity

De letterlijke vertaling van *private equity* is eigen vermogen. Het eigen vermogen dat de aandeelhouder(s) heeft/hebben ingebracht in de financiering van een huisartsenpraktijk. *Private equity* heeft ook een andere betekenis. Namelijk investeerders die buiten de beurs om in bedrijven investeren met als doel de waarde van de onderneming te verhogen. Dat doen zij door de financiële resultaten via groei en procesvernieuwingen te verbeteren. Hierdoor verkopen zij de onderneming na verloop van tijd met winst. In de media gaat het vaak over deze laatste vorm. Er wordt dan gesproken over 'sprinkhanen' en/of agressieve financiële investeerders.

Concurrentieverhoudingen onder druk bij overname huisartsenpraktijken

Bij de overname van huisartsenpraktijken door bedrijfsketens kunnen concurrentieverhoudingen onder druk komen te staan. Dit speelt wanneer er meerdere kandidaten zijn voor de overname van een praktijk. Bedrijfsketens hebben, door hun omvang en financiële mogelijkheden, vaak een financieel sterkere positie dan startende huisartsen. Bedrijfsketens kunnen hierdoor startende huisartsen overbieden bij het overnemen van huisartsenpraktijken. Dit speelt zeker een rol wanneer er sprake is van *goodwill*-betalingen.

Goodwill

Bij *goodwill* betaalt de koper voor de verwachte winst van de komende jaren. *Goodwill* is de meerwaarde van een bedrijf boven de netto-vermogenswaarde. Die meerwaarde is ontstaan door activiteiten die meestal voor een groot deel met publiek geld zijn gefinancierd. De koper betaalt dus voor *goodwill* die als bezitting op de balans komt te staan (het zogenaamde activeren van de *goodwill*). De afschrijving hiervan is een kostenpost. Kortgezegd betaalt de koper voor de verwachte winst van de komende jaren. Een hoge *goodwill* op de balans biedt een groot voordeel. Deze post kan fiscaal worden afgeschreven binnen de bedrijfsketen om de winstbelasting te verminderen. Er is geen wettelijk verbod tegen het vragen van *goodwill*.

Badwill betekent dat de waarde van een bedrijf lager is dan de netto-vermogenswaarde. In de media lezen we vaak terug dat *goodwill* een versturende factor in de markt is met de vraag om dit te reguleren. Een [korte geschiedenis over goodwill](#) in de huisartsenzorg is op de website van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) te vinden.

Intransparante organisatiestructuur

De rechtsvorm van de meeste bedrijfsketens in de huisartsenzorg is de besloten vennootschap (bv). Dit geldt in ieder geval voor de zes bedrijfsketens uit dit onderzoek. Eén bedrijfsketen heeft een holding in het buitenland. Verder zien we dat onder andere ICT-ontwikkeling en het contracteren van personeel vaak in een afzonderlijke rechtsvorm is ondergebracht. Uit het ['Nivel-rapport Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg: van solopraktijk naar keten'](#) blijkt ook dat bedrijfsketens vaak georganiseerd zijn in een bv. Ook de rechtsvorm 'stichting' komt voor. Een uitgebreide analyse hiervan staat beschreven in paragraaf 5.3 van dit Nivel-rapport.

Bij een organisatiestructuur met meerdere entiteiten kan de ene entiteit wel en de andere niet als zorgaanbieder binnen de kaders van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en/of Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) worden gezien. Zo kan een bedrijfsketen gebruikmaken van een juridische organisatiestructuur waarbij één of meerdere werkmaatschappijen onder 'een holding' vallen. Die werkmaatschappijen worden niet allemaal afzonderlijk als zorgaanbieder gekwalificeerd. Dit kan leiden tot problemen in transparantie voor de interne toezichthouder en de externe toezichthouders. De transparantievereisten uit artikel 40b van de Wmg gelden dan niet direct voor alle entiteiten van deze zorgorganisatie, denk bijvoorbeeld aan een aparte entiteit voor de ICT-ontwikkeling. Een entiteit binnen de zorgorganisatie waar een groot deel van het zorggeld naartoe gaat, blijft dan dus buiten ons directe toezicht.

Ook kan de interne toezichthouder van een zorgorganisatie onvoldoende toegang hebben tot de noodzakelijke gegevens om zicht te houden op de financiële stromen van de zorgaanbieder en de besluitvorming daarover. Hierdoor kan zij niet controleren waaraan het publieke geld voor de zorg wordt besteed. Het risico bestaat dat een zorgorganisatie onvoldoende middelen investeert en besteedt aan de zorgverlening. We zien een organisatiestructuur met meerdere entiteiten – waarbij een deel wel en een deel niet als zorgaanbieder kan kwalificeren – als een risico, omdat dit kan leiden tot problemen in transparantie voor intern en extern toezicht.

Belangenverstremming en winstuitkering

Bij complexe juridische organisatiestructuren is het belangrijk dat er zicht is op de (financiële) belangen en mogelijke belangenverstremming. Personen kunnen bij verschillende entiteiten van een zorgorganisatie betrokken zijn waardoor het risico op belangenverstremming ontstaat. Zo kan de winstgerechtigde van een bedrijfsketen geen winstgerechtigde of bestuurder zijn van verbonden dienstverlenende vennootschappen. Of kan een bestuurder van een holding die als zorgaanbieder is gekwalificeerd niet ook bestuurder of aandeelhouder zijn van een onderliggende bv en onderling diensten van elkaar inhuren. Dit is niet alleen relevant bij dienstverlenende vennootschappen, maar ook bij transacties over vastgoed of diensten tussen personen die ook in een andere hoedanigheid aan dezelfde structuur zijn verbonden. In dat geval zijn de belangen niet transparant en dit brengt risico's met zich mee. Namelijk het risico op belangenverstremming bij besluitvorming die vooral is gebaseerd op persoonlijk financieel gewin en niet op de kwaliteit van zorg.

Voor huisartsenpraktijken is het overigens toegestaan om winst te maken. Wij verwijzen hiervoor naar de 'brief over investeringsmogelijkheden voor zorgaanbieders' van de minister van VWS van 19 juli 2019 aan de Tweede Kamer. Hierin staat: 'Het toestaan van winstuitkering in de vorm van dividend geeft zorgaanbieders de mogelijkheid een beroep te doen op het risicodragend kapitaal van particuliere investeerders en institutionele beleggers en kan daarom onder omstandigheden leiden tot betere zorg.' Betrokkenheid van risicodragend kapitaal en het maken van winst hoeft dus geen probleem te zijn. Er kunnen echter ook risico's ontstaan, wanneer het winstoogmerk de overhand krijgt. Risicodragend kapitaal verwacht de uitkering van dividend. Dividend is de vergoeding aan aandeelhouders voor het door hen geïnvesteerde risicodragend vermogen. Hierbij zijn ook de transacties met verbonden partijen belangrijk. Verbonden partijen zijn relaties (natuurlijke personen of organisaties) die een invloed van betekenis hebben in de zorgorganisatie (bijvoorbeeld door > 50% aandelen, financiële belangen of de mate van invloed door stemrecht). Zij kunnen veel invloed uitoefenen op de besluitvorming van de zorgentiteit. Hierdoor kunnen transacties tegen niet-marktconforme prijzen met deze verbonden partijen plaatsvinden. Met als gevolg dat de winst wordt verlegd naar een andere entiteit binnen de groep. Hierdoor ontstaat het risico op het weglekken van zorggeld. Naast winst en niet-marktconforme transacties met verbonden partijen bestaan er meer fenomenen die het karakter hebben van winstuitkering, zoals het verstrekken van leningen aan andere onderdelen binnen het bedrijf, *goodwill*-betalingen en garantiestellingen.

Winstuitkering is dus voor bepaalde zorgaanbieders toegestaan. Maar gaat het om de hoogte van de uitgekeerde winst in relatie tot het ingebrachte risicodragend kapitaal? Dan is hier geen regelgeving voor. Bij grote organisaties met een complexe juridische structuur met meerdere entiteiten zien we het risico dat doordat verantwoordelijkheden binnen de organisatie onvoldoende duidelijk belegd zijn er onvoldoende zicht is op de besteding van publieke middelen. Het streven naar winstgevendheid kan dan te dominant worden en er kan belangenverstrengeling ontstaan. De vraag of er wellicht meer normering nodig is op het maken van winst en winstuitkering, vraagt om nader onderzoek.

Winstuitkering

In artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is bepaald dat een instelling geen winstoogmerk heeft, behoudens de bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen categorieën van instellingen. In artikel 3.1 van het 'Uitvoeringsbesluit Wet toelating zorginstellingen (Wtzi)' staat dat instellingen die uitsluitend huisartsenzorg verlenen winst mogen maken. In 'de brief over investeringsmogelijkheden voor zorgaanbieders' van de minister van VWS van 19 juli 2019 aan de Tweede Kamer is dit verder toegelicht: 'Het toestaan van winstuitkering in de vorm van dividend geeft zorgaanbieders de mogelijkheid een beroep te doen op risicodragend kapitaal van particuliere investeerders en institutionele beleggers en daarom onder omstandigheden kan leiden tot betere zorg.'

In de (zorg)wetgeving is alleen het wél of níét mogen doen van een winstuitkering vastgesteld vanuit een bepaald zorgtype. Niet de totstandkoming van dat besluit en de (on)zakelijkheid van transacties met verbonden (of derde) entiteiten of partijen. In het Burgerlijk Wetboek titel 9 Boek 2 staan wel vereisten voor een dividenduitkering, echter deze zijn ter bescherming van schuldeisers en bieden geen bescherming van het maatschappelijk kapitaal wat de zorgaanbieder ter beschikking heeft gekregen voor uitvoering van zorg.

Het rapport 'Normering winstuitkering zorg' van september 2020, dat is opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS, zegt over winstuitkering het volgende: *'Als de eerste hobbel genomen is, dus aanbieders zijn financieel gezond en mogen dividend uitkeren, dan is de volgende vraag: hoeveel winst mogen ze uitkeren? Kan dit aan een maximum worden gebonden? Economisch gezien is er sprake van overwinsten als het rendement op het geïnvesteerde kapitaal hoger is dan de kosten van kapitaal. De kosten van kapitaal bestaan uit het verwachte rendement op alternatieve investeringen met een vergelijkbaar risico. De winst kan worden uitgekeerd of geïnvesteerd; in beide gevallen levert dit een beloning op voor de kapitaalverschaffer (direct of door hogere winsten op termijn).'*...

[Eind 2022 is het wetsvoorstel 'Integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders' in consultatie gegaan. In dit wetsvoorstel worden bepalingen geïntroduceerd om een integere bedrijfsvoering te borgen en voorwaarden te kunnen stellen aan het uitkeren van winst, indien er risico's zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg- en jeugdhulp.]

... 'In de tarieven die de NZa vaststelt voor een aantal zorgsectoren zit een normatieve vergoeding voor de kosten van kapitaal voor het aanhouden van een financiële buffer. Aanvullend aan de tariefregulering en de maatregelen van verzekeraars en gemeenten om de kosten in de hand te houden, is het denkbaar om de dividenduitkering te maximeren: alle winst boven een redelijk rendement mag dan niet worden uitgekeerd als dividend. Een maximumuitkering is niet gericht op het voorkomen van overwinsten of het beperken van de uitgaven (zoals omzet en tariefregulering), alleen op een beperking van de uitkering van winst als dividend. Wat niet als dividend mag worden uitgekeerd, kan wel als vergoeding voor arbeid worden uitgekeerd. Een uitkering van een deel van de winst als vergoeding voor arbeid aan eigenaren of bestuurders valt onder de bezoldigingsnorm van de Wet normering topinkomens (Wnt), in tegenstelling tot een uitkering als dividend. Dit maximeert de totale uitkering die eigenaren of bestuurders aan zichzelf kunnen uitkeren. Het niet-uitgekeerde deel van de winst komt in de reserve en blijft eigendom van de eigenaar van de besloten vennootschap (bv) of maatschap.'

Bekostiging huisartsenzorg en potentieel verdienmodel

Als we kijken naar het winsttoogmerk, dan is ook het bekostigingsmodel van de huisartsenzorg relevant. Het grootste deel van de omzet van een huisartsenpraktijk is afhankelijk van het aantal ingeschreven patiënten. Als de organisatie de kosten laag houdt en/of minder zorg levert, dan heeft dit invloed op het financiële resultaat.

Bekostigingsmodel huisartsenzorg

In het verleden is bewust gekozen voor een gemengd bekostigingsmodel van 'capitation' (per ingeschrevene), 'fee for service' (per patiënt) en 'pay for performance' (resultaatbeloning). Dit geeft de beste prikkels voor de kwaliteit, toegankelijkheid, en betaalbaarheid van de zorg. Over wat de juiste verhouding is tussen omzet uit inschrijftarieven, opslagen en passanten aan de ene kant en omzet uit bijvoorbeeld consulten en handelingen aan de andere kant, bestaan verschillende opvattingen in de sector. Meer informatie over het bekostigingsmodel staat beschreven in de 'Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024' en de 'Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg 2024'.

Als het om de opkomst van bedrijfsketens gaat, dan is de opvatting van sommigen dat de inschrijftarieven te hoog zijn. Dit zou namelijk een verdienmodel met zich meebrengen en zorgaanbieders die uit zijn op winstmaximalisatie in de kaart spelen (zie bijvoorbeeld: '[Rotte appels \(fd.nl\)](https://fd.nl)'). Maar als het gaat om het stimuleren van het praktijkhouderschap onder jonge huisartsen en preventiegericht werken, wordt vaak voorgesteld om de inschrijftarieven te verhogen. Het is hierbij belangrijk om te weten dat de prestaties voor inschrijving op naam over de beschikbaarheid van het hele pakket aan huisartsgeneeskundige zorg gaat. En dat deze maximumtarieven een vergoeding voor de kosten van continue beschikbaarheid bieden.

Nu doet de NZa een kostenonderzoek over 2022. Dat onderzoek leidt tot herijking van de maximumtarieven. Wat het exacte percentage omzet uit declaratie van de prestaties voor inschrijving op naam, opslagen en passanten in 2022 is geweest, is duidelijk als de resultaten van het kostenonderzoek bekend zijn. Ook weten we dan wat dit betekent voor de nieuwe maximumtarieven.

Afstand tussen aansturing en uitvoering en onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden

Soms heerst onduidelijkheid over hoe bevoegdheden en verantwoordelijkheden intern en tussen verschillende entiteiten, betrokken bestuurders en huisartsenpraktijk(en) zijn geregeld. Een zorgorganisatie, of dat nu een bedrijfsketen is of een kleinschalige huisartsenpraktijk, moet de zorgverlening zo regelen dat ze goede zorg kan bieden. De zorgaanbieder is vanuit de Wkkgz verantwoordelijk voor goede zorg. Het bestuur van de zorgorganisatie blijft, zoals aangegeven in het '[Kader Goed Bestuur](#)' (pag. 9), eindverantwoordelijk voor de zorgverlening en daarmee ook voor de zorgverleners die in dienst zijn of als waarnemend huisarts werken. De huisarts is daarnaast – op basis van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) – verantwoordelijk en tuchtrechtelijk aansprakelijk voor zijn of haar medisch handelen.

In geval van scheiding van aansturing en uitvoering is het belangrijk dat verantwoordelijkheden en taken goed op elkaar zijn afgestemd en werkprocessen zijn vastgelegd en worden nageleefd. We zien bij sommige bedrijfsketens dat de medisch-organisatorische randvoorwaarden voor goede zorg onvoldoende geborgd zijn. Hierbij gaat het om randvoorwaarden, zoals het zorgen voor voldoende (na)scholing en duidelijke instructies, werkprocessen en protocollen binnen de huisartsenpraktijk(en). Hierdoor kan de situatie ontstaan dat een zorgverlener (bijvoorbeeld een waarnemend huisarts) werkt in een organisatie waar niet de juiste randvoorwaarden zijn om goede zorg te kunnen leveren. Denk bijvoorbeeld aan scholing en bepaalde werkprocessen die niet op orde zijn. Op deze manier kunnen er risico's ontstaan voor zorgverlener, patiënt en zorgorganisatie, omdat de geleverde kwaliteit van zorg onder druk staat. Voor (waarnemend) huisartsen is het dus extra belangrijk om alert te zijn op hun eigen verantwoordelijkheid. Zij moeten goed controleren of aan alle randvoorwaarden voor het verlenen van goede zorg is voldaan.

1.2 Waar knelt het toezicht?

Er kunnen dus uiteenlopende problemen bij bedrijfsketens ontstaan op het gebied van goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording. Deze problemen vormen risico's voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Met toezicht wil je deze risico's zoveel mogelijk uitsluiten, maar in de praktijk lopen we tegen de grenzen van toezicht aan. Vooral voor zorgorganisaties van aanzienlijke omvang is het van belang om de publieke belangen te kunnen blijven waarborgen en tijdig te kunnen ingrijpen als dat nodig is. Dit omdat de toegankelijkheid van zorg op

forse schaal in het geding kan komen bij financiële problemen. Concreet ervaren we de volgende knelpunten in ons toezicht.

Beperkte middelen om bestuurder op deskundigheid aan te spreken

We vinden het belangrijk dat de individuele bestuurder en het collectief van bestuur (hierna het bestuur) van bedrijfsketens van aanzienlijke omvang (met een complexe organisatiestructuur) voldoende deskundig zijn om de organisatie zodanig te laten functioneren, opdat er goede zorg wordt geleverd. Een bedrijfsketen moet de (extra) complexe samenwerkingen met externe (regionale) stakeholders goed organiseren in afstemming en samenwerking met de verantwoordelijke huisartsen en alle andere medewerkers. Het bestuur moet(en) de competenties, vaardigheden en kennis hebben om dit te kunnen organiseren, zodat de zorgorganisatie voldoet aan de verschillende wet- en regelgeving (zoals bijvoorbeeld de Wkkgz, Wmg en Wtza (Wet toetreding zorgaanbieders), richtlijnen en het Kader Goed Bestuur). De invulling van de wettelijke normen over het bestuur van een zorgorganisatie komt vooral vanuit de beroepsnormen (zie ook het wettelijk kader in hoofdstuk 3 'kwaliteit van huisartsenzorg').

De beroepsnormen geven invulling aan wat we verstaan onder goede zorg en gaan vooral over de veiligheid, kwaliteit en de continuïteit van de zorg en benodigde zelfstandige eisen. Denk bij die eisen bijvoorbeeld aan randvoorwaarden als een goede organisatie van materiële middelen, personeel, huisvesting en voor onderhavige bedrijfsketens de interne toezichthouder.

Deskundigheid van het bestuur is voor iedere organisatie belangrijk, maar des te belangrijker naarmate een organisatie toeneemt in omvang en complexiteit, zoals hier bij bedrijfsketens. Aan de hand van de richtlijnen in de Governancecode zorg en het kader Goed Bestuur voeren we al wel als toezichthouders het gesprek met bestuurders om ze op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te wijzen. Momenteel missen echter concrete normen die primair opgesteld zijn voor bepaalde competenties, vaardigheden en kennis voor (zorg)bestuurders ten aanzien van zorgorganisaties van aanzienlijke omvang. Daardoor hebben we beperkte middelen om de deskundigheid van de verantwoordelijke bestuurder persoonlijk aan te spreken.

Deskundigheid van bestuur in andere sectoren

Deze normen bestaan wel binnen sectoren buiten de zorg voor organisaties van vergelijkbare omvang en complexiteit. Denk bijvoorbeeld aan de financiële sector. De geschiktheidstoets (deskundigheid en betrouwbaarheid) geldt voor bestuurders en commissarissen van financiële instellingen onder toezicht van De Nederlandsche Bank en de Autoriteit Financiële Markten.

Overigens in andere zorgsectoren speelt de deskundigheid en betrouwbaarheid/integriteit van de individuele bestuurder ook al een rol bij de start van de onderneming. In dit kader verwijzen we ook naar de pilot effectieve screening uit de 'kamerbrief over de invoeringstoets Wtza' gericht op het verkrijgen van meer handvatten om zorgaanbieders (in de wijkverpleging) – waarvan het niet aannemelijk is dat ze goede en veilige zorg zullen gaan verlenen of die niet-integer zijn – te weren.

Geen zicht op kwalitatieve werking financiële bedrijfsvoering

Het is belangrijk dat we omvangrijke bedrijfsketens – met vaak meerdere entiteiten en/of locaties – kwalitatief kunnen toetsen op de werking van de bedrijfsvoering. In artikel 40a van de Wmg staat welke bevoegdheid de NZa op de financiële bedrijfsvoering bij zorgaanbieders heeft. Dit artikel heeft een beperkte reikwijdte. Zorgaanbieders moeten op een transparante manier

vastleggen hoe zij hun financiële bedrijfsvoering hebben geregeld. Hierdoor kunnen we documentatie rond de algemene maatregelen van planning, control en risicomanagement opvragen bij zorgaanbieders. Als stukken ontbreken, kunnen we handavingsmaatregelen inzetten. Maar we hebben geen regels waarmee we de kwaliteit van de bedrijfsvoering van een zorgaanbieder kunnen afdwingen. Blijkt uit het toezicht dat de beschreven financiële processen niet worden nageleefd, dan kan de NZa nu niet ingrijpen.

Onvoldoende normen financiële ratio's

Financiële problemen bij zorgorganisaties van aanzienlijke omvang kunnen grote gevolgen hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Er zijn nu nog onvoldoende normen voor financiële ratio's in de zorgwetgeving. Vanwege de risico's rond de besteding van zorggeld en de financiële continuïteit is een vorm van normering van financiële ratio's, waaronder de solvabiliteit, en meer aandacht van toezichthouders voor de naleving ervan, nodig.

Financiële ratio's

Financiële ratio's zijn verhoudingsgetallen of kengetallen die iets zeggen over de financiële situatie, gezondheid en ontwikkeling van een organisatie.

Een belangrijk financieel kengetal is de solvabiliteit (of de solvabiliteitsratio). Solvabiliteit geeft de verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen in een organisatie weer. De solvabiliteit zegt veel over de mate waarin een bedrijf in staat is om financiële tegenslagen op te vangen. Als een organisatie te snel groeit, zonder een solide basis van eigen vermogen, is het lastig financiële tegenvallers op te vangen.

Geen zicht op de jaarverantwoording

De Wtza is vanaf 1 januari 2022 in werking getreden. Als gevolg hiervan is de Wmg aangepast. In de Wmg zijn regels opgenomen voor het opstellen van jaarverantwoordingen en de publicatie daarvan. Voor reeds bestaande zorgaanbieders, waaronder huisartsenpraktijken, is een overgangperiode ingesteld van twee jaar (2022 en 2023) om aan de vereisten van de Wtza te voldoen. Dit beperkte de NZa de afgelopen jaren in haar toezicht. We zagen in 2023 dat verschillende bedrijfsketens in de huisartsenzorg nog niet aan de vereisten uit de Wtza voldeden, maar er wel aan werkten. Het ging dan bijvoorbeeld over het inrichten van intern toezicht. Vanaf 2024 kunnen we daar wel toezicht op houden.

Daarnaast heeft de minister van VWS voor de openbare 'jaarverantwoordingsplicht', die uit de Wtza volgt, een 'pauzeknop' geïntroduceerd. Voor bestaande huisartsenpraktijken – voor wie een verantwoordingsplicht nieuw is en die zich in 2023 over 2022 voor het eerst moesten verantwoorden – is een pauze (afstel) voor de jaarverantwoording van 2022 en 2023 verleend. Dit betekent dat voor bestaande huisartsenpraktijken die over het jaar 2022 voor het eerst aan de openbare jaarverantwoordingsplicht moesten voldoen, dit pas vanaf 2024 of mogelijk nog later gaat gelden.

Beperkte mogelijkheid om overnames tegen te houden

De NZa heeft weinig mogelijkheden om overnames op inhoudelijke gronden tegen te houden. De NZa toetst wel via de zorgspecifieke concentratietoets of – als gevolg van een overname – de normen voor cruciale zorg in gevaar komen en/of het concentratieproces zorgvuldig is doorlopen. Wanneer een bedrijfsketen minimaal 50 zorgverleners in dienst heeft, een huisartsenpraktijk wil overnemen en deze overname is aan te merken als een concentratie

volgens artikel 27 van de Mededingingswet, dan moet ze hiervoor van tevoren goedkeuring bij de NZa aanvragen. Drie bedrijfsketens in de huisartsenzorg voldoen aan de drempel van minimaal 50 zorgverleners en de overnames zijn aan te merken als een concentratie volgens artikel 27 van de Mededingingswet. Bij de aanvraag van goedkeuring van de overname van een huisartsenpraktijk moet een bedrijfsketen een rapport over de verwachte effecten van de beoogde concentratie – de effectrapportage – aanleveren. De toets op deze effectrapportage is vooral een procedurele toets. Het instrument biedt weinig mogelijkheden om onwenselijke concentraties op inhoudelijke gronden tegen te houden.

Op basis van de beperkingen in ons toezicht die hierboven zijn beschreven, doen we aanbevelingen in het conclusiehoofdstuk.

Verdieping: Toezicht goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording

Goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording.

Een integere en professionele bedrijfsvoering is van groot belang voor de continuïteit en toegankelijkheid van zorg en rechtmatige besteding van zorggeld. De overheid stelt daarom eisen aan het bestuur, de financiële administratie, de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en de verantwoording ervan.

Goed bestuur

In 2016 hebben de IGJ en NZa het 'Kader Goed Bestuur' uitgebracht. De laatste versie van dit kader is die van 29 mei 2022. Volgens het 'Kader Goed Bestuur' is het resultaat van goed bestuur dat zorgaanbieders goede, veilige, toegankelijke en betaalbare zorg bieden. Het is aan het bestuur en intern toezichthouders om – naast het organisatiebelang – ook steeds oog te hebben voor de publieke en maatschappelijke belangen. Zij zien toe op het verantwoord afwegen en beheersen van kansen en risico's die zich voordoen bij een zorgorganisatie. Dit doen zij onder andere door zich te houden aan de Governancecode Zorg 2022.

De intern toezichthouder en de raad van bestuur spelen een belangrijke rol in het besturen van een zorgorganisatie. Het 'Kader Goed Bestuur' noemt in dat verband de volgende thema's die belangrijk zijn voor goed bestuur:

Gedrag en cultuur

- Verantwoord en transparant
- Open en integer
- Omgevingsbewust en participatief
- Lerend en zelfreinigend
- Doelgericht en doelmatig

Systemen

- Kwaliteit en veiligheid
- Ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering
- Correcte registratie en declaratie
- Transparantie

Professionele bedrijfsvoering

Professionele bedrijfsvoering is onderdeel van goed bestuur. Het draagt bij aan het bereiken van de doelen en aan de beperking van risico's. Over het algemeen gaat professionele bedrijfsvoering over de primaire processen, dit gaat over de zorgverlening én over de ondersteunende processen als ICT, huisvesting, inkoop, personeelsbeheer, risicomanagement en administratie. Ook het nemen van maatregelen om de zorgkwaliteit te borgen, hoort bij professionele bedrijfsvoering.

Een goede financiële bedrijfsvoering is belangrijk voor de kwaliteit van de financiële administratie, de declaraties, de financiële verantwoording en in het verlengde hiervan voor de toegankelijkheid van de patiëntenzorg, de besteding van publiek geld aan passende zorg en het tegengaan van verspilling.

Transparante verantwoording

Transparant verantwoording afleggen, is het sluitstuk van goed bestuur. Hier wordt uitgelegd wat je plannen waren, wat het budget was, hoe de werkelijkheid zich heeft ontwikkeld, hoe daarop is gereageerd, wat van de plannen is gerealiseerd en wat het heeft gekost. Verantwoording biedt de

mogelijkheid om te reflecteren en te reageren. Binnen de organisatie en met intern toezichthouder. Maar ook naar buiten, richting externe toezichthouders, patiënten en publiek. Door transparant te zijn versterken zorgaanbieders het vertrouwen in de zorg. Het jaarverslag 'Maatschappelijke verantwoording' is de externe verantwoording van zorgaanbieders. Wat betreft het openbaar maken van de jaarverantwoording door eerstelijnszorgaanbieders heeft Minister Helder toegezegd de 'pauzeknop' in te drukken. Dit houdt in dat uitstel is verleend voor de verplichte openbaarmaking van de jaarverantwoording voor de boekjaren 2022 en 2023. Met uitzondering van zorgaanbieders die zijn opgericht in 2022 of in 2023 en zorgaanbieders die in 2022 of in 2023 van rechtsvorm zijn veranderd. Zie hierover meer in dit ['Nieuwsbericht Jaarverantwoording zorg'](#) van het ministerie van VWS.

Wettelijk kader

Bij de NZa ligt de grondslag voor het toezicht op goed bestuur in de Wet Marktordening Gezondheidszorg ([Wmg](#)). Het toezicht richt zich hierbij met name op de rechtmatigheid van gedeclareerde zorg (artikel 35 Wmg), op de deugdelijkheid van de administratie hiervan (artikel 36 Wmg), op de financiële bedrijfsvoering (artikel 40a Wmg) en de verplichting tot transparante verantwoording (artikel 40b Wmg). Voor meer informatie over het wettelijk kader van de NZa, verwijzen wij naar de [website van de NZa](#).

Bij de IGJ ligt de grondslag voor toezicht in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ([Wkkgz](#)). Als we kijken naar het toezicht op goed bestuur, dan stelt onder meer artikel 3 van de Wkkgz organisatorische eisen voor personeel, financiën, huisvesting en soms intern toezicht aan een zorgaanbieder; dit ten behoeve van de naleving van de verplichting om goede zorg te verlenen. Voor nieuwe zorgaanbieders geldt ingevolge de Wet toetreding zorgaanbieders ([Wtza](#)) de verplichting om zich te melden bij het CIBG. In sommige gevallen moeten zorgaanbieders een toelatingsvergunning aanvragen. Beide verplichtingen zijn bedoeld om alle zorgaanbieders onder het toezichtdomein van de IGJ in beeld te brengen. Voor meer informatie over het wettelijk kader van de IGJ, verwijzen wij naar de [website van de IGJ](#).

2 Declaraties bedrijfsketens

Bij de reguliere manier van declareren brengen huisartsen elk kwartaal een vast inschrijftarief per ingeschreven patiënt in rekening. Daar bovenop kan elk consult dat is geleverd gedeclareerd worden. Dat is vastgelegd in de 'Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg'. De inschrijftarieven en consulten zijn prestaties in segment 1. Daarnaast zijn er prestaties in segment 2 (multidisciplinaire zorg), segment 3 (beloning van resultaten en/of zorgvernieuwing) en buiten de segmenten, die huisartsenpraktijken en regionale huisartsenorganisaties kunnen declareren.

Voor dit onderzoek hebben we gekeken naar declaraties via de Algemeen Gegevens Beheer (AGB)-codes om inzicht te krijgen in het declaratiegedrag van de bedrijfsketens. De AGB-code wordt gebruikt door de huisartsenpraktijken om zorg te declareren bij de zorgverzekeraar. We hebben gekeken welke AGB-code per bedrijfsketen en per huisartsenpraktijk (vestiging) gebruikt wordt om de declaraties van de geleverde zorgprestaties bij de verzekeraar in te dienen en welke zorg gedeclareerd is in segment 1.

AGB-Code

Een AGB-code is een unieke code die een zorgorganisatie kan gebruiken om declaraties bij een zorgverzekeraar in te dienen. Een AGB-code kan bijvoorbeeld per vestiging voor een zorgaanbieder of op concernniveau (een koepel-AGB-code) worden gebruikt door een zorgaanbieder. Zorgverzekeraars vereisen in de contractvoorwaarden dat een zorgaanbieder een AGB-code heeft waarop gedeclareerd kan worden. Op dit moment is er geen wettelijk vereiste dat een zorgaanbieder een AGB-code moet hebben en hoe deze gebruikt zou moeten worden.

Populatiebekostiging

Een aantal huisartsenpraktijken van één van de onderzochte bedrijfsketens declareert anders dan de reguliere werkwijze. Dat is toegestaan en dat hebben zij afgesproken met de preferente zorgverzekeraar (de grootste zorgverzekeraar in de regio). Deze huisartsenpraktijken declareren – naast het inschrijftarief per kwartaal – ook ieder kwartaal een vast tarief in segment 3. Bij deze zogenoemde populatiebekostiging declareren de huisartsenpraktijken geen losse consulten. Die vergoeding is verwerkt in het *all-in* tarief dat zij per kwartaal aan inschrijftarief en opslag in segment 3 ontvangen. Volgens de zorgverzekeraar geeft deze manier van declareren minder administratieve verplichtingen voor huisartsenpraktijken. Daarnaast zijn er goede afspraken gemaakt over het monitoren van de kwaliteit van de zorg aan de hand van verschillende indicatoren. In het veld zijn er meer voorstanders van deze manier van declareren, omdat het huidige bekostigingsmodel als ingewikkeld wordt ervaren.

Koepel-AGB-code

Eén van de onderzochte bedrijfsketens declareert alle geleverde zorgprestaties vooral op één AGB-code – de zogenaamde koepel-AGB-code. Dit is een grote bedrijfsketen met verschillende vestigingen. Deze vestigingen hebben ook een eigen vestigings-AGB-code, maar die gebruiken ze niet om bij de verzekeraar te declareren. Voor het declareren bij de verzekeraar gebruiken alle vestigingen dezelfde koepel-AGB-code. Deze bedrijfsketen heeft deze manier van declareren met de grootste zorgverzekeraar uit zijn regio afgesproken en is niet in strijd met regelgeving.

2.1 Problemen die kunnen ontstaan

Als huisartsenpraktijken van bedrijfsketens declareren via populatiebeposting of via de koepel-AGB-code, dan heeft de NZa minder zicht op de geleverde zorg en welke vestiging welke zorg heeft geleverd.

Intransparantie door populatiebeposting

Door het declareren van een *all-in* tarief zonder losse consulten en andere verrichtingen is het niet na te gaan welke zorgprestaties precies door de huisartsenpraktijken zijn geleverd. De geleverde consulten en andere verrichtingen worden namelijk niet apart gedeclareerd. De zorgverzekeraar en de bedrijfsketen kunnen hier goede afspraken over maken en indicatoren zoals aantal consulten op andere manieren inzichtelijk maken. Maar de NZa kan in haar toezicht aan de hand van de declaraties niet zien wat er precies is geleverd. Het is dus des te meer van belang dat zorgverzekeraars zelf ook nagaan of de zorgaanbieder zich houdt aan de gemaakte afspraken.

Intransparantie door declaraties op één AGB-code

Zoals hierboven beschreven is er één bedrijfsketen die alle geleverde zorgprestaties van alle vestigingen op één koepel-AGB-code declareert. Door deze manier van declareren is het moeilijk om na te gaan welke zorgprestaties door welke vestiging van de bedrijfsketen gedeclareerd worden. Ook is daardoor uit de declaratiegegevens niet op te maken bij welke vestiging van de bedrijfsketen de verzekerden zijn ingeschreven. Deze manier van declareren maakt dat hoe groter een bedrijfsketen is, hoe minder goed is vast te stellen hoe een bepaalde vestiging declareert. Dit probleem speelt nu en kan groter worden. Het aantal bedrijfsketens neemt namelijk toe. Ook zijn ze groter, omdat ze meer vestigingen hebben.

De andere bedrijfsketens declareren via een vestigings-AGB-code. Bij deze manier van declareren is wel inzichtelijk in de declaratiegegevens welke patiënt bij welke huisartspraktijk is ingeschreven en welke zorgprestaties een bepaalde huisartspraktijk precies declareert.

2.2 Waar knelt het toezicht?

Minder zicht op de geleverde zorg en welke vestiging welke zorg heeft geleverd, maakt het toezicht op de rechtmatigheid van declaraties moeilijker.

Toezicht op zorgkosten moeilijker

Voor het toezicht van de NZa zorgen declaraties op één koepel-AGB-code door verschillende vestigingen (huisartsenpraktijken) en het declareren van een *all-in* tarief voor minder inzicht in zorgkosten op praktijkniveau. Het is niet meer inzichtelijk welke vestiging declareert of hoeveel consulten een huisartsenpraktijk levert. Hierdoor kan de NZa declaratiegegevens van huisartsenpraktijken die op deze manier declareren niet vergelijken met andere huisartsenpraktijken die op de 'gewone' manier declareren. We zien dat zorgverzekeraars bij de meeste bedrijfsketens in de contractvoorwaarden opnemen om per praktijk een eigen AGB-code te gebruiken voor de declaraties. Dit gebeurt alleen niet overal. Op de contractuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben we geen invloed.

Op basis van de beperkingen in ons toezicht die hierboven zijn beschreven, doen we aanbevelingen in het conclusiehoofdstuk.

3 Kwaliteit van huisartsenzorg

Alle huisartsenpraktijken in Nederland moeten basiszorg aan hun patiënten bieden. Dit is de kern van de zorg die huisartsen leveren. De IGJ houdt toezicht op kwaliteit van de huisartsenzorg aan de hand van de 'kernwaarden', kerntaken en richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft vastgesteld welke (kern)taken bij deze basiszorg horen. Dit gaat over medisch-generalistische zorg, het coördineren van zorg, preventieve zorg dus het voorkomen van ziekten, zorg aan terminaal-palliatieve patiënten en spoedeisende huisartsenzorg en wat een patiënt mag verwachten van de huisarts. Onder leiding van de beroepsverenigingen het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) werden deze afspraken gemaakt en vastgelegd binnen het project 'Toekomst Huisartsenzorg – kerntaken in de praktijk'. Ook de zorg voor patiënten met een chronische aandoening valt onder het basisaanbod. Deze zorg voor chronische patiënten organiseert een huisartsenpraktijk vaak samen met een regionale huisartsenorganisatie (RHO).

Kernwaarden, kerntaken en toezicht op kwaliteit huisartsenzorg

Grondslag toezicht: Wkkgz



Kernwaarden

- Persoonsgericht
- Medisch-generalistisch
- Continu
- Gezamenlijk

Kerntaken basisaanbod

- Medisch-generalistische zorg
- Spoedeisende huisartsenzorg
- Terminaal-palliatieve zorg
- Preventieve zorg
- Zorgcoördinatie

* Lees meer in [Verdieping: Kernwaarden, kerntaken en toezicht op kwaliteit huisartsenzorg.](#)

Naast het basisaanbod kan de huisartsenpraktijk ook extra zorg bieden zoals medisch-specialistische zorg thuis, medische zorg in instellingen en een gemeenschappelijk meekijkconsult. Dit is zorg die huisartsoverstijgend is en grenst aan de huisartsgeneeskundige zorg. Voor meer informatie over het

basisaanbod en huisartsgeneeskundige zorg verwijzen we naar het '[Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2022](#)' van de LHV.

Of een huisarts kwalitatief goede en veilige zorg levert, is dus gebaseerd op de invulling van de kernwaarden en de kerntaken, geconcretiseerd in de beroepsnormen.

3.1 Problemen die kunnen ontstaan

In bepaalde situaties kunnen problemen ontstaan waardoor patiënten niet de kwalitatieve zorg krijgen die zij mogen verwachten. Ook kunnen er risico's ontstaan voor de toegankelijkheid. We gaan nu uitgebreider in op de problemen die we hebben gezien als het gaat om de naleving van de beroepsnormen op het gebied van kwaliteit en de verplichtingen die voortkomen uit de Wkkgz.

Niet persé meer tijd voor de patiënt

Doordat grotere zorgorganisaties vaker in staat zijn om de bedrijfsprocessen efficiënt in te richten kunnen zorgverleners in theorie worden ontlast. We zien echter dat er bedrijfsketens zijn waar de huisarts – bij centralisatie van administratie en bedrijfsvoering – niet persé meer tijd heeft voor zijn of haar patiënten. Dit komt omdat er meer patiënten per huisarts zijn. Op deze manier wordt de huisarts misschien ontlast op administratieve taken, maar ontstaat er niet meer ruimte voor het primaire proces; het leveren van huisartsenzorg aan de patiënt.

Personeelstekorten worden niet beter opgevangen

Binnen een aantal bedrijfsketens zien we dat sommige huisartsenpraktijken hun roosters niet of moeilijk rondkrijgen of zelfs de deur moeten sluiten. Bedrijfsketens kunnen clusters vormen en personeel over praktijken uitwisselen, maar in de praktijk lijkt het erop dat dit vaak niet voldoende werkt om de problemen rondom personeelstekorten op te vangen. Waarschijnlijk omdat het totaal aan beschikbaar personeel nog steeds te weinig is. Het uitwisselen van personeel draagt ook niet bij aan continuïteit van zorg van persoon, omdat de patiënt telkens een andere huisarts van een andere praktijk krijgt te zien. Onder continuïteit van persoon verstaan wij: een vaste zorgverlener tijdens een aantal dagen per week en over een langere periode.

Onvoldoende bereikbaar en beschikbaar, ook voor spoed

We zien dat sommige locaties van bedrijfsketens niet voldoen aan de '[LHV-richtlijnen Bereikbaarheid en beschikbaarheid](#)' van 2023. Bij het LMZ van de IGJ en op '[ZorgkaartNederland](#)' van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) komen er klachten van patiënten binnen over de bereikbaarheid van sommige bedrijfsketens. Patiënten geven aan dat de huisartsenpraktijk telefonisch niet of moeilijk bereikbaar is, waardoor zij (erg) lang aan de telefoon moeten wachten. Patiënten kunnen zich hierdoor onveilig voelen. Ook is het moeilijk om een afspraak te maken als het geen spoed is en kunnen mensen met zorgvragen pas na enkele weken bij hun huisarts terecht. Ook komt het voor dat huisartsenpraktijken zonder reden gemaakte afspraken afzeggen of patiënten niet nabellen terwijl ze dat wel hebben toegezegd.

We hebben in bepaalde huisartsenpraktijken gezien dat er geen huisarts aanwezig was. Zij hadden op deze dagen geen spreekuur. Ook zijn praktijken soms helemaal niet bereikbaar of (tijdelijk) volledig gesloten. Hierdoor moeten patiënten uitwijken naar andere huisartsenpraktijken. En neemt de druk op deze huisartsenpraktijken toe. In andere situaties was er alleen een basisarts zonder achterwacht of met een achterwacht op afstand. Soms was er alleen een arts via videobellen beschikbaar.

De problemen die ontstaan door personeelstekorten en op het gebied van de bereikbaarheid en beschikbaarheid gelden ook voor de spoedzorg door de huisarts. In sommige gevallen krijgen patiënten tijdens kantooruren het bericht om na kantoor tijd contact op te nemen met de huisartsenspoedpost of spoedeisende hulp. Dat leidt daar tot overbelasting en onnodig hoge zorgkosten. Spoedzorg bij incidentele afwezigheid van personeel is ook te borgen door goede samenwerkingsafspraken binnen een huisartsgroep (hagro) te maken. Maar de huisartsenpraktijken van een aantal bedrijfsketens zijn niet altijd bij een hagro of een ander samenwerkingsverband aangesloten. De redenen die bedrijfsketens hiervoor geven, verschillen. In hoofdstuk 5 'Regionale samenwerking' gaan we hier dieper op in.

Onvoldoende randvoorwaarden voor taakdelegatie

Het takenpakket van de huisarts is zo groot dat hij of zij de zorg niet zonder ondersteunend personeel kan uitvoeren. Taakdelegatie – ofwel de opdrachtverlening aan andere zorgverleners voor het uitvoeren van die taken, waaronder risicovolle of voorbehouden handelingen – wordt in de zorg breed toegepast.

Bij toezichtbezoeken zien we dat bij bedrijfsketens de randvoorwaarden voor taakdelegatie onder druk kunnen staan. Dit omdat protocollen en duidelijke inwerkprogramma's soms ontbreken. Soms is er bijvoorbeeld geen sterilisatieprotocol of ontbreekt de toegang tot een kwaliteitshandboek. Daardoor hebben niet alle werknemers binnen een huisartsenpraktijk hetzelfde beeld van bepaalde werkprocessen of ontbreekt relevante informatie zoals een overzicht van de bekwaamheden van de (vaste) medewerkers. Daarbij zien we dat er bij bedrijfsketens relatief vaak wisselende waarnemers werken. Het is dan maar de vraag of zij op de hoogte zijn van de bekwaamheden van het aanwezige personeel, waardoor de randvoorwaarden voor verantwoorde taakdelegatie onder druk komen te staan.

Ook komt het voor dat een arts alleen op afstand (bijvoorbeeld met een videoverbinding) beschikbaar is voor supervisie. Volgens de handreiking van de LHV is dit niet wenselijk en is de opdrachtgever bij voorkeur fysiek aanwezig op de praktijk ('LHV-handreiking Taakdelegatie en bekwaame medewerkers - LHV', 2023)

Taakdelegatie

Taakdelegatie – ofwel de opdrachtverlening aan andere zorgverleners voor het uitvoeren van die taken, waaronder risicovolle of voorbehouden handelingen – wordt in de zorg breed toegepast. Een voorbeeld van een risicovolle handeling is de triage door de praktijkassistente. In de Wet BIG staat beschreven aan welke voorwaarden taakdelegatie van risicovolle of voorbehouden handelingen moet voldoen. Daarnaast heeft de beroepsgroep zelf nader beschreven hoe taakdelegatie en supervisie er in de huisartsenzorg uit dient te zien (LHV-handreiking 'Taakdelegatie en bekwaame medewerkers' van 2023 en het 'Standpunt Supervisie basisarts'). De delegerende huisarts behoudt de eindverantwoordelijkheid bij taakdelegatie. Om een taak verantwoord over te dragen wordt gekeken naar bevoegdheid en bekwaamheid. Wat betreft bevoegdheid kan het gaan om: a) zelfstandig bevoegd, beperkt zelfstandig bevoegd, b) niet-zelfstandig bevoegd en een verlengde arm constructie, c) functioneel zelfstandig. Bij het delegeren van voorbehouden handelingen aan niet-zelfstandig bevoegden, mag dit alleen indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat iemand bekwaam is om een handeling naar behoren te verrichten. Ook moet de opdrachtgever – indien dit redelijkerwijs nodig is – aanwijzingen geven, toezicht houden en moet de mogelijkheid van tussenkomst verzekerd zijn (artikel 38 Wet BIG). De mogelijkheid van tussenkomst betekent dat de opdrachtgever bereikbaar en

beschikbaar moet zijn voor afstemming en in het algemeen fysiek aanwezig moet zijn op de praktijk, vooral bij handelingen met potentieel ingrijpende gevolgen. Bekwaam betekent dat iemand over de juiste kennis en vaardigheden beschikt om de handeling uit te kunnen voeren. Het toetsen hiervan door de opdrachtgever is een continu proces. De richtlijn voor taakdelegatie bij basisartsen is nauwkeurig en toetsbaar vastgelegd en vraagt om op schrift gestelde afspraken. Het is niet bepaald hoeveel praktijkmedewerkers een huisarts maximaal kan superviseren.

Persoonsgerichte zorg staat onder druk

Naast de beschikbaarheid van voldoende medewerkers gaat personele bezetting ook over de verbondenheid met de patiënten van een huisartsenpraktijk. Continuïteit van persoon, oftewel, een vaste zorgverlener gedurende een aantal dagen per week en over een langere periode, draagt bij aan het opbouwen van relaties en leren kennen van de patiëntenpopulatie. Een vaste huisarts in de buurt is belangrijk voor patiënten. Dat staat in het 'LHV-kader Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg'. Als een huisartsenpraktijk werkt met (een groot aantal) wisselende waarnemend huisartsen, dan staat deze kernwaarden onder druk. De persoonlijke continuïteit van zorg is namelijk kleiner naarmate er minder vaste huisartsen binnen een huisartsenpraktijk werken en het percentage korte waarnemcontracten groter is. Bij het LMZ en ook op ZorgkaartNederland komen geregeld klachten binnen over persoonsgerichte zorg van een aantal bedrijfsketens.

Onvoldoende borging 'medisch-generalistisch perspectief'

Een medisch-generalistisch perspectief gaat uit van zorg voor de hele populatie, van jong tot oud. Hierbij is passende zorg erg belangrijk. Bij sommige bedrijfsketens lijkt een selectie van patiënten te ontstaan. Patiënten met complexe en/of langdurige zorgvragen stappen dan na een overname over naar andere huisartsenpraktijken. Hierdoor neemt de druk op die praktijken toe. Volgens een aantal zorgverzekeraars is een bewuste selectie van patiënten niet aan te tonen, maar is het wel waarschijnlijk dat dit gebeurt.

Zowel bij LMZ als op ZorgkaartNederland komen klachten binnen over passende (medisch-generalistische) zorg van bedrijfsketens. Denk bijvoorbeeld aan het plotseling stoppen van de jaarlijkse monitoring van een chronische ziekte bij wisseling van de huisarts.

3.2 Waar knelt het toezicht?

Door de problemen die we zien ontstaan binnen het basisaanbod met bijbehorende kernwaarden als continuïteit, persoonsgerichte- en medisch-generalistische zorg, kan de kwaliteit van de huisartsenzorg zorg onder druk komen te staan. Patiënten krijgen dan niet de zorg waar zij recht op hebben of er ontstaan verschillen; het is afhankelijk van de zorgaanbieder en waar iemand woont of zorg kwalitatief goed en toegankelijk is. Als toezichthouder is het onze taak om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te bewaken voor iedereen in Nederland. Echter wordt toezicht bemoeilijkt doordat toetsing van personele bezetting als randvoorwaarde voor goede zorg, complex is.

Geen duidelijke normen voor (minimale) personele bezetting

In de Wkkgz staat onder meer dat zorgaanbieders zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen moeten bedienen om goede zorg te kunnen bieden. Ook moeten ze duidelijk maken wie waarvoor verantwoordelijk is (artikel 3 lid 1). De bijbehorende richtlijnen, normen en kaders beschrijven wél welke mogelijkheden er zijn om tot de ideale personeelsbezetting te komen, maar níét wat de minimale personele bezetting is (zie 'relevante wet- en regelgeving m.b.t. personele bezetting').

Relevante wet- en regelgeving m.b.t. personele bezetting

- [Problemen door tekort aan personeel in zorg en jeugdhulp | Brief | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)
- Artikel 18, 19, 32, 33, 33a en b, art 34- 40 Wet BIG.
- <https://www.lhv.nl/product/standpunt-supervisie-basisarts/hv.nl/product/cao-huisartsenzorg/CAO Huisartsenzorg 2022/2023>
- KNMG Kwaliteitskader medische zorg (2012, art 3.1.1)
- LHV handreiking werken aan kwaliteit (2019, pag 19)
- LHV handreiking Team huisartsenpraktijk (2021)
- Kwaliteitsregister doktersassistente: [https://www.nvda.nl/kwaliteitsregister/Treeknormen huisarts](https://www.nvda.nl/kwaliteitsregister/Treeknormen_huisarts)

Adequate personele bezetting is een voorwaarde voor het verlenen van goede zorg. Achteraf kunnen we toetsen of er goede zorg is verleend. Voldoende personele bezetting houdt verband met de mogelijkheid om de kerntaken goed uit te voeren. Voor de spoedzorg zijn wat betreft de kerntaken concrete normen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid opgesteld. Indirect zeggen deze normen dus ook iets over de personele bezetting (benodigde beschikbaarheid aan personeel) om hieraan te kunnen voldoen. Als bedrijfsketens die normen niet halen (ondergrens), kan dit een gevolg zijn van onvoldoende personele bezetting.

Daarnaast gaat het - wat betreft het toetsen van goede zorg – ook om de invulling van de kernwaarden, zoals continuïteit en persoonsgerichte zorg. Dit zijn tamelijk abstract omschreven begrippen, waardoor er interpretatieruimte kan ontstaan in de vraag hoe de invulling hiervan bijdraagt aan goede zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om de vraag hoe de continuïteit van persoon ingevuld moet worden om goede zorg te kunnen borgen. Kort gezegd, moet er een vast gezicht zijn voor een patiënt met een complexe zorgvraag of kan dit ook wisselend worden ingevuld?

Continue en persoonsgerichte zorg lastig door inzet wisselende waarnemers

Het is belangrijk dat er genoeg personeel is en dat het aantal (wisselend) waarnemende huisartsen in verhouding staat tot het aantal vaste huisartsen in het team (groter deel vaste huisartsen tegenover een kleiner deel waarnemend huisartsen). Wanneer er écht sprake is van gebrek aan continuïteit en te weinig persoonsgerichte zorg, daar zijn - naast de kernwaarden van de LHV - geen concrete richtlijnen voor. Dit zorgt voor verschillende interpretaties waarmee geëxperimenteerd wordt en geeft onvoldoende concrete handvatten voor toezicht.

Bedrijfsketens en verzekeraars maken nu afspraken over de continuïteit van zorg aan de hand van dienstverbanden. Zo vindt een bedrijfsketen dat er sprake is van continuïteit van zorg als een huisarts een contract voor zes maanden heeft. Maar patiënten met bijvoorbeeld langdurige of palliatieve zorgbehoeften hebben daardoor niet het gevoel een vaste huisarts of continuïteit in persoon te hebben. Ook vindt een verzekeraar dat er sprake is van continuïteit van zorg als er een onbepaald contract met een huisarts is. Het aantal uren dat de huisarts werkt, is niet duidelijk. Voor deze verzekeraar is drie dagen per week acceptabel. Een andere verzekeraar vindt dat er sprake is van continuïteit van zorg als je een vaste huisarts hebt die minimaal drie dagen per week werkt. Hierbij vereist deze verzekeraar geen specifieke contractduur.

Naast achteraf toetsen van goede zorg, zou er in theorie ook direct getoetst kunnen worden of de personele en materiële middelen voldoende zijn om redelijkerwijs goede zorg te kunnen verlenen. De NZa noemde in hun kostprijsonderzoek uit 2015 het aantal van 2095 patiënten als gemiddelde voor een normpraktijk. Dit is echter geen norm, maar een rekengemiddelde. Daarom biedt het aantal van 2095 patiënten per huisarts onvoldoende kader om te bepalen of de personele bezetting binnen een praktijk als basisvoorwaarde voor goede zorg genoeg is.

Weliswaar geeft de 'LHV handreiking Team Huisartsenpraktijk' (2021) uitgangspunten voor de samenstelling van het team in een praktijk, echter die biedt nog onvoldoende handvatten om een toepasbare norm te kunnen bepalen voor het gehele aanbod van de basishuisartsenzorg. Hierbij is onder andere belangrijk hoe kernwaarden als continuïteit en persoonsgerichte zorg door de beroepsgroep als geheel ingevuld worden. Brede ontwikkelingen op het gebied van taakdelegatie, digitale zorg en samenwerking zijn ook relevant bij het bepalen van het aantal patiënten voor een huisarts en huisartsenpraktijk. Ook de samenstelling van de populatie (bijvoorbeeld mensen uit een achterstandswijk of oudere mensen) heeft invloed op de vraag wat voldoende personele bezetting voor een huisartsenpraktijk is om goede kwaliteit van zorg te bieden.

We merken dat de kwaliteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg bij bedrijfsketens niet altijd voldoende geborgd is en dit mede veroorzaakt wordt door onvoldoende personele bezetting. Voor de continuïteit van goede en toegankelijke persoonsgerichte zorg is voldoende personele bezetting een voorwaarde. Maar het betekent ook dat een huisartsenpraktijk rekening moet houden met veranderingen in de maatschappij en nieuwe ontwikkelingen in de huisartsenzorg. Om vooraf voldoende handvatten te bieden aan het veld en toezicht, vraagt dit om nadere uitwerking van personele bezetting in de huisartsenpraktijk in relatie tot goede zorg in uitgangspunten en waar mogelijk concrete normen. Het conclusiehoofdstuk bevat hierover een aanbeveling.

Op basis van de beperkingen in ons toezicht die hierboven zijn beschreven, doen we aanbevelingen in het conclusiehoofdstuk.

Verdieping: Kernwaarden, kerntaken en toezicht op kwaliteit huisartsenzorg

Kerntaken

Patiënten in iedere huisartspraktijk in Nederland moeten kunnen rekenen op het 'basisaanbod huisartsenzorg'. Dit aanbod biedt iedere huisartsenpraktijk en is de kern van de huisartsenzorg. Binnen dit basisaanbod heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) kerntaken geformuleerd. Dit zijn *medisch-generalistische zorg, zorgcoördinatie, preventieve zorg, terminaal-palliatieve zorg en spoedeisende huisartsenzorg*.

Naast het basisaanbod dat de huisarts biedt, kan de huisartsenpraktijk ook extra aanbod bieden. Dit is zorg die huisartsoverstijgend is en grenst aan de huisartsgeneeskundige zorg. In het '[Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2022](#)' legt de LHV uit wat huisartsgeneeskundige zorg is. Voorbeelden van extra zorgaanbod zijn: medisch-specialistische zorg thuis, medische zorg in instellingen en een gemeenschappelijk (meekijk)consult.

Kernwaarden

Het basisaanbod volgt uit de vier kernwaarden van de huisartsenzorg die door huisartsen zijn vastgesteld en onlangs verder zijn uitgewerkt. Deze kernwaarden zijn opgenomen in het '[LHV-kader 'Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg'](#)'.

Persoonsgericht

Mensen kunnen rekenen op huisartsen die naar hen als persoon kijken en niet alleen naar hun ziekte of beperkingen. De huisarts houdt rekening met wie de persoon is, wat hij of zij nodig heeft en wat er in zijn of haar leven speelt. Samen met de patiënt bepaalt de huisarts welke zorg het beste is. Ook is het mogelijk om een goede band op te bouwen met de huisarts, zodat de patiënt zich vertrouwd voelt.

Medisch-generalistisch

Huisartsen stellen de hele mens centraal en focussen niet alleen op zijn of haar ziekte of beperkingen. Zij houden hierbij rekening met de individuele kenmerken, behoeften en context van de patiënt en bepalen samen met de patiënt welke zorg nodig en passend is. Tot slot is het voor de patiënt mogelijk om een vertrouwensrelatie met zijn of haar huisarts. Huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor de lichamelijke en psychische klachten van hun patiënten. Zij geven de juiste medische zorg en weten veel over gezondheidsproblemen. Ze kunnen patiënten behandelen of doorverwijzen naar andere specialisten als dat nodig is.

Continu

Huisartsen dragen altijd zorg voor hun patiënten, dag en nacht. Ze zijn er om te helpen bij gezondheidsproblemen die snel beoordeeld moeten worden. Ze kennen hun patiënten goed en willen graag een langdurige band met hen opbouwen. Ze houden het overzicht over de medische zorg en zorgen ervoor dat die goed verloopt.

Gezamenlijk

Huisartsen beslissen samen met hun patiënten wat passende zorg is. Ze werken goed samen met hun team en andere zorgverleners om ervoor te zorgen dat hun patiënten de juiste zorg krijgen. Ook zorgen ze er samen met andere huisartsen voor dat de kwaliteit van de huisartsenzorg wordt verbeterd.

Wettelijk kader Wkkgz

Vanuit de Wkkgz wordt **goede zorg** gedefinieerd als zorg van goede kwaliteit en van goed niveau (artikel 2, lid 2, Wkkgz):

- die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt;
- waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de *professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden*; en
- waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De **professionele standaard** is het geheel van private normen en regels, medisch wetenschappelijke inzichten en ervaringen dat invulling geeft aan het professioneel handelen van zorgverleners of zorgaanbieders (artikel 1, eerste lid, Wkkgz).

Een **kwaliteitsstandaard** is een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die:

- betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces;
- vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen; en
- overeenkomstig artikel 11a Wkkgz in het openbaar register is opgenomen (artikel 1, eerste lid, Wkkgz)

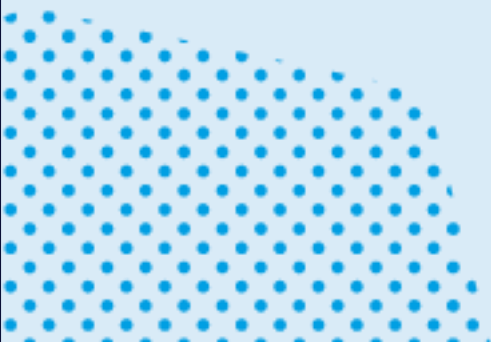
In dit onderzoek hanteren we de term **beroepsnormen** wanneer het de professionele standaard en/of kwaliteitsstandaarden betreft.

In de Wkkgz is onder meer opgenomen, dat zorgaanbieders de zorgverlening op dusdanige wijze moeten organiseren en zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen moeten bedienen, en voor zover nodig van bouwkundige voorzieningen, en in het geval van een instelling zorg dragen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg (artikel 3, eerste lid, Wkkgz).

Op basis van de Wkkgz zijn zorgaanbieders verplicht om een aantal situaties zo snel mogelijk bij ons te melden. Het gaat hierbij om calamiteiten in de zorg, geweld in de zorgrelatie of ontslag vanwege disfunctioneren.

De wetgever heeft niet precies bepaald wat goede zorg is (artikel 2 en 3 Wkkgz). Het is aan de beroepsgroep om dit verder in te vullen. Onder andere de LHV en het NHG hebben verschillende standaarden, richtlijnen en normen voor kwalitatief goede zorg opgesteld. Deze standaarden, richtlijnen en normen concretiseren de kernwaarden en -taken van het basisaanbod.

Voor de overige wetten in ons toezicht verwijzen we naar onze website (igj.nl).



4 Digitaal zorgaanbod (*digital first*)

Naast nieuwe manieren van organiseren en financieren, zien we ook dat zorgaanbieders steeds meer gebruikmaken van digitale middelen in de zorg. Huisartsenpraktijken zetten verschillende digitale middelen in om zorg te bieden (het primaire proces), zoals een huisartsinformatiesysteem (HIS). Daarnaast zijn er verschillende manieren waarop patiënten digitaal met een huisarts kunnen communiceren. Dit kan bijvoorbeeld via e-consulten of het online maken van afspraken.

Het gebruik van digitale middelen door huisartsen heeft invloed op de (ervaren) zorgkwaliteit. Dat geldt ook als digitaal contact in de plaats van fysiek contact komt. Zo kan een huisartsenapp of andere digitale dienst in bepaalde gevallen een fysiek consult vervangen, zodat de huisarts meer tijd heeft voor de zorg aan patiënten met ingewikkeldere vragen.

De positie van digitale zorg voor huisartsen is verschillend en het is belangrijk voor het primaire proces. Huisartsen kunnen digitale diensten aanbieden aan patiënten als extra optie naast reguliere processen. Maar ze kunnen ook het gebruik van e-consulten of beeldbellen actief aanmoedigen bij hun patiënten of hier als eerste contactmogelijkheid naar verwijzen. Meer informatie over digitale huisartsenzorg kunt u bijvoorbeeld vinden in de 'E-healthmonitor 2022'. Stand van zaken digitale zorg' van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Er zijn verschillende normen voor de kwaliteit, zorgplicht en kosten van digitale zorg in de huisartsenpraktijk (zie onderstaande visual en lees meer in de [verdieping](#)).

Toezicht digitaal zorgaanbod huisartsenzorg

Grondslag toezicht: Wkkgz, Wabpvz, Gnw



Kwaliteitsnormen

- Handreiking videoconsulten KNMG - Videoconsult minder geschikt bij spoed
- Handboek E-consult, hoe regelen we dat?!
- KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens
- Beleidsregel voorschrijven via internet – randvoorwaarden voor online voorschrijven
- NEN 7510 over informatiebeveiliging

Normen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid

- In de LHV-richtlijnen zijn de normen voor beschikbaarheid en bereikbaarheid beschreven.
- De zorgplichtnormen die zijn opgenomen in de 'Beleidsregel toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' zijn gebaseerd op deze richtlijnen van het zorgveld.
- *Digital first*-praktijken moeten ook voldoen aan de LHV richtlijnen. Zij moeten bijv. bij spoed binnen 15 minuten fysiek aanwezig kunnen zijn bij de patiënt.

* Lees meer in [Verdieping: Toezicht op digitaal zorgaanbod in de huisartsenzorg](#).

Digital first-bedrijfsketens

Ook bedrijfsketens bieden digitale zorg aan. De mate waarin ze e-consulten, beeldbellen en andere digitale middelen gebruiken, verschilt. Vaak maken ze gebruik van een hybride zorgaanbod (een combinatie van digitaal en fysiek aanbod). Een aantal bedrijfsketens biedt vooral digitale zorg aan. Dat zijn de *digital first*-zorgaanbieders.

Digital first-bedrijfsketens kunnen de toegankelijkheid van de huisartsenzorg vergroten. Door nieuwe manieren van zorg te ontwikkelen, is het nu bijvoorbeeld mogelijk om zorg op afstand te verlenen. Voor mensen die digitaal vaardig zijn, kan een digitale afspraak een uitkomst zijn. Het bespaart ze onder andere reis-, wacht- en/of consulttijd als ze hun vraag digitaal stellen. Ook springen *digital first*-bedrijfsketens in bij regio's waar de huisartsenzorg onder druk staat door een personeelstekort. Zij nemen bijvoorbeeld noodlijdende huisartsenpraktijken over, schrijven patiënten in die nog geen vaste huisarts hebben of bieden zorg aan specifieke patiëntgroepen (bijvoorbeeld Oekraïense vluchtelingen).

Zo is er een *digital first*-bedrijfsketen die zich specifiek richt op regio's met een huisartsentekort. Patiënten schrijven zich in bij de digitale zorgaanbieder. Fysieke zorg wordt geborgd door een samenwerkingscontract met de reguliere huisartsen in deze regio. Bedrijfsketens die op deze manier werken, nemen dan ook geen patiënten aan in een regio waar ze geen samenwerkingscontract hebben. Een andere bedrijfsketen biedt zelf – als dat nodig is – de fysieke consulten bij een eigen praktijklocatie aan waar patiënten ook zijn ingeschreven. Deze bedrijfsketen is daardoor niet afhankelijk van de samenwerking met huisartsen in de regio.

Huisartsenpraktijken met een *digital first*-aanbod

Met *digital first* bedoelen we dat een zorgaanbieder de zorg vooral (of voor een belangrijk deel) via digitale middelen biedt. Hierbij is de vorm van het aanbod een belangrijk en onderscheidend onderdeel van de zorg. Het contact vindt primair digitaal en niet fysiek plaats. Ook kunnen zorgaanbieders het concept zover doorvoeren dat patiënten bijna alleen via digitale weg (chat, e-mail, mobiele app en beeldcontact) met de zorgaanbieder kunnen communiceren. En patiënten dus nooit óf alleen in uitzonderlijke situaties een fysiek consult met de huisarts hebben, die bij de organisatie van de (digitale) zorgaanbieder hoort. *Digital first*-bedrijfsketens sluiten vaak contracten met reguliere huisartsenpraktijken af waarin ze afspraken maken over samenwerking, fysieke consulten, spoedzorg en digitale dossiervoering. Binnen het *digital first*-concept zijn verschillende variaties mogelijk.

Twee bedrijfsketens werken samen met huisartsenpraktijken in de regio om fysieke consulten aan patiënten te kunnen bieden. Hierbij werken deze *digital first*-bedrijfsketens met een ander HIS dan de reguliere huisartsenpraktijken in de regio. Het is belangrijk dat een patiëntendossier compleet blijft. Daarom hebben die reguliere huisartsenpraktijken ook toegang tot het HIS van de *digital first*-bedrijfsketen gekregen. De samenwerkende huisartsenpraktijken registreren in het HIS van de *digital first*-bedrijfsketen de fysieke consulten en relevante gegevens. Hierdoor blijven de gezondheidsgegevens in het dossier van de patiënt die ingeschreven staat bij de *digital first*-bedrijfsketen in bij elkaar. Bij een andere *digital first*-bedrijfsketen gebruiken huisartsen die digitale consulten doen én huisartsen die fysieke consulten bieden, hetzelfde dossier en HIS, omdat ze werken vanuit dezelfde bedrijfsketen die verschillende concepten van huisartsenzorg aanbiedt. Deze bedrijfsketen heeft zowel een *digital first* concept, maar ook reguliere huisartsenpraktijken onder zich.

Het percentage patiënten dat na een digitaal consult alsnog een fysiek consult nodig heeft, verschilt tussen de *digital first*-bedrijfsketens. Eén van de *digital first*-bedrijfsketens vertelt 85% van de consulten digitaal te doen. Een andere *digital first*-bedrijfsketen vertelt dat ze 70% tot 80% van de consulten

digitaal aanbieden. Om meer te kunnen zeggen over de verhouding tussen fysieke en digitale consulten in de praktijk, zou nader onderzoek nodig zijn. Ter vergelijking: drie bedrijfsketens die niet via het *digital first*-principe werken, geven aan ongeveer 30% van de consulten digitaal te doen.

Consultmix bij *digital first*-bedrijfsketens

Bij bedrijfsketens die op de reguliere manier declareren, hebben we gekeken naar een aantal indicatoren rondom consulten. We hebben het aantal consulten per patiënt, de duur van de consulten en het aantal passantenconsulten in kaart gebracht. Daarbij hebben we gekeken naar kenmerken van de *digital first*-huisartsenpraktijken. De declaratiegegevens van *digital first*-bedrijfsketens hebben we beperkt onderzocht. De resultaten geven alleen een indicatie van het declaratiegedrag van deze bedrijfsketens en de manier waarop ze zorg bieden.

De bedrijfsketens die via een vast kwartaaltarief declareren, hebben we niet meegenomen. Zij declareren namelijk geen losse behandelingen, waardoor we niet vast kunnen stellen hoeveel consulten van welke duur zij hebben gegeven.

Huisartsenpraktijken kunnen drie type consulten aanbieden (kort, normaal en lang). De manier waarop deze type consulten met elkaar samenhangen, noemen we de consultmix. Naast deze reguliere consulten bestaan er ook speciale type consulten, zoals passantenconsulten. Dit zijn consulten die huisartsenpraktijken declareren voor incidentele en acute zorg aan patiënten die niet bij de betreffende huisarts zijn ingeschreven. Een voorbeeld: een patiënt gaat vanwege een acuut gezondheidsprobleem tijdens zijn vakantie naar een andere huisarts dan zijn eigen huisarts. Deze andere huisarts declareert dan een passantenconsult voor het bieden van acute en incidentele zorg. Het tarief voor een passantenconsult is drie keer zo hoog als het tarief voor een regulier consult. In het tarief van het passantenconsult is er namelijk rekening mee gehouden dat deze andere huisarts geen inschrijftarief voor deze patiënt ontvangt.

Het valt op dat de *digital first*-bedrijfsketens in 2022 minder consulten per patiënt hebben gedeclareerd dan het landelijk gemiddelde en de reguliere huisartsenpraktijken. Het gemiddeld aantal consulten per patiënt in 2022 ligt landelijk ongeveer op vier consulten per jaar. Dat blijkt uit de 'Kerncijfers huisartsenzorg' van de NZa. De *digital first*-bedrijfsketens declareerden in 2022 gemiddeld veel minder dan vier consulten per patiënt per jaar. Een van deze *digital first*-bedrijfsketens geeft ook zelf aan dat zij minder consulten per patiënt declareren voor hun *digital first*-bedrijfsonderdeel. Bij de andere (reguliere) bedrijfsketens zijn er grote verschillen in het aantal consulten per patiënt.

Bij de duur van de consulten vallen in 2022 *digital first*-bedrijfsketens ook op. Deze bedrijfsketens hebben een andere consultmix. Ze bieden allebei een hoger percentage korte consulten, zoals een e-consult (e-mail of chat) als vervanging van een regulier consult.

Ook hebben we gekeken naar het percentage passantenconsulten. Reguliere huisartsen declareren landelijk maar weinig via het passantentarief. Opvallend is dat het passantenconsult bij een paar huisartsenpraktijken van bedrijfsketens ruim boven het gemiddelde ligt. Dit geldt vooral voor de *digital first*-aanbieders.

De *digital first*-zorgaanbieders in dit onderzoek declareren een andere consultmix dan reguliere huisartsenpraktijken. Het zijn relatief nieuwe aanbieders die volop in ontwikkeling zijn. Het is dus de vraag hoe de digitale zorgverlening en het daarmee samenhangende declaratiegedrag zich in de toekomst ontwikkelt. Het bieden van meer korte consulten kan een efficiëntere manier van zorgverlening zijn, terwijl het declareren van passanticonsulten juist kostenverhogend is. Het is nu nog onduidelijk wat op de lange termijn het effect is van deze andere manier van zorg verlenen.

Andere vormen van digitale zorgvernieuwing

Naast de *digital first*-huisartsenzorg houden bedrijfsketens in de huisartsenzorg zich ook bezig met andere vormen van zorgverlening door digitale zorgvernieuwing. Van twee bedrijfsketens weten we ook dat zij bezig zijn om – in samenwerking met een verzekeraar – een huisartsenapp of andere digitale dienst te ontwikkelen of bieden die al aan. Met een huisartsenapp kunnen patiënten bijvoorbeeld eenvoudige medische vragen via een chat of app aan een verpleegkundige of huisarts stellen en informatie over hun gezondheidsklacht opzoeken. Eén van deze nieuwe apps is bedoeld om lichte huisartsvragen meteen op te lossen. Hierbij is het niet de eigen huisarts die de vragen in de app beantwoordt. Ook is de patiënt niet ingeschreven bij de bedrijfsketen die de dienstverlening achter deze app uitvoert. Bedrijfsketens bieden de zorg via verschillende huisartsenapps op verschillende deskundigheidsniveaus aan. Bij de ene app beantwoordt een verpleegkundige een vraag en bij een andere app doet een huisarts dat. En bij weer andere apps kan de vraag of door verpleegkundigen of door huisartsen beantwoord worden.

De beschikbaarheid van dergelijke huisartsenapps verschilt. Sommige apps zijn alleen beschikbaar voor patiënten met een bepaalde zorgverzekering. Bij een andere zorgverzekeraar is de huisartsenapp alleen beschikbaar voor patiënten uit een bepaalde regio of die geen eigen huisarts hebben.

Daarnaast kan het verschillen of de digitale huisartsenzorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt en daarmee vergoed wordt door de zorgverzekeraar. Onlangs heeft het Zorginstituut Nederland (ZiN) in hun '[notitie Wel of niet vergoeden digitale huisartsenzorg uit basispakket](#)' een uitspraak gedaan over de vraag of deze vorm van zorgverlening – waarbij de functie van de huisarts als eerste aanspreekpunt wordt herschikt naar een huisartsenapp – valt onder zorg die vergoed wordt vanuit de Zvw). In deze uitspraak staat dat voor mensen die ingeschreven staan bij een eigen huisarts, deze zorgverlening door derden, niet uit het basispakket vergoed kan worden. Voor mensen die geen eigen huisarts hebben, valt deze zorg wel onder de Zvw.

4.1 Problemen die kunnen ontstaan

Het is belangrijk dat de kwaliteit van zorg behouden blijft bij het aanbieden van digitale zorg, in het bijzonder bij een primair digitaal zorgaanbod. Primair digitaal zorgaanbod vraagt om de borging van een aantal randvoorwaarden, vooral bij persoonsgerichte zorg. Zo moeten *digital first*-bedrijfsketens goede afspraken met reguliere huisartsenpraktijken maken over samenwerking, fysieke consulten, spoedzorg en het bijhouden van digitale dossiers. Ook moeten huisartsen altijd beoordelen of digitale zorg geschikt is voor de zorgvraag van de patiënt. Denk aan patiënten met ingewikkelde zorgproblematiek. Hoewel we nog geen problemen rondom deze randvoorwaarden bij de zorgaanbieders uit ons onderzoek hebben gezien, zijn dit wel aandachtspunten bij het verder ontwikkelen van *digital first*-concepten bij bedrijfsketens.

Niet-passende zorg bij (primair) digitaal zorgaanbod

Digitale zorg is niet voor elke situatie en niet voor alle patiënten even geschikt. Zo kan niet iedereen even goed omgaan met digitale technologie en heeft niet iedereen kennis over gezondheid. Kwetsbaardere patiënten hebben vaak een ingewikkelde zorgbehoefte, zoals bij palliatieve zorg, chronische zorg of ouderenzorg. Zij hebben over het algemeen vaker een fysiek consulten nodig en zijn dus niet alleen geholpen met digitale zorg. Het is belangrijk dat de balans tussen fysieke en digitale zorg afgestemd is op de wensen en behoeften van patiënten. Als dat onvoldoende gebeurt, kan passende, persoonsgerichte zorg onder druk komen te staan, zeker als er beperkte keuzemogelijkheden zijn voor patiënten om zich in te schrijven bij een praktijk. Wanneer fysieke zorg onvoldoende geborgd is, kan ook het risico ontstaan dat patiënten uitwijken naar omliggende huisartsenpraktijken en er een onevenredig veel druk komt te liggen op andere zorgprofessionals die wel fysieke zorg leveren.

Kernwaarden onder druk bij digitale zorg door derden

Digitalisering is een containerbegrip en gaat niet altijd zozeer over zorgverlening (denk aan informatie-uitwisseling). We weten ook dat ten minste twee bedrijfsketens zich samen met zorgverzekeraars inzetten op de ontwikkeling van apps, waarbij de functie van de huisarts als eerste aanspreekpunt wordt herschikt. Het Zorginstituut Nederland zegt in hun pas gepubliceerde 'notitie Wel of niet vergoeden digitale huisartsenzorg uit basispakket' dat het regulier aanbieden van een extra eerste (online)aanspreekpunt – dus naast de eigen huisarts – niet wenselijk is en zoals eerder benoemd ook niet onder de Zvw valt. Zorginstituut Nederland schrijft, dat wanneer mensen met een eigen huisarts zich wenden tot een andere zorgverlener anders dan de eigen huisarts (zonder dat er een werkrelatie of overeenkomst is met de eigen huisarts), de kernwaarden van de huisartsgeneeskundige zorg onder druk kunnen komen te staan en er mogelijk sprake is van ondoelmatigheid in de zorgverlening.

Onvoldoende aandacht voor informatiebeveiliging

Informatiebeveiliging wordt steeds belangrijker naarmate steeds meer huisartsen (delen van) de zorg digitaliseren. Dit geldt voor de gehele breedte van de huisartsenzorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om de continuïteit van de informatievoorziening en bescherming van patiëntgegevens. Aandacht voor informatiebeveiliging en het voldoen aan de wettelijke norm die daarover gaat – de NEN 7510 – is in de hele huisartsenzorg een verbeterpunt. Dit hebben we ook gezien bij *digital first*-bedrijfsketens. We verwachten van grote organisaties in de huisartsenzorg met veel patiëntendossiers dat ze aantoonbaar aan deze norm voldoen.

Er komt binnenkort nieuwe wet- en regelgeving op dit vlak – een vertaling van de NIS2-richtlijn – die ons meer mogelijkheden geeft om toezicht te houden op informatiebeveiliging.

4.2 Waar knelt het toezicht?

Ondanks dat de problemen nog niet zichtbaar zijn, brengen *digital first*-concepten wel degelijk risico's met zich mee voor onder andere de poortwachtersfunctie en persoonsgerichte zorg. We willen met ons toezicht bijdragen aan behoud van de kwaliteit van zorg en het verminderen van problemen. Hierbij zijn er wel een aantal aandachtspunten die we hieronder beschrijven.

Professionele standaarden gaan onvoldoende in op digitale zorg

Op basis van artikel 2 en 3 uit de Wkkgz en bestaande veldnormen (zie kader inleiding) kunnen we toezicht houden op de kwaliteit van zorg van *digital first*-bedrijfsketens. Vanuit het Kader passende zorg is de visie dat passende zorg digitaal plaatsvindt als het kan en fysiek als het

moet. De zorgverlener moet zoveel mogelijk in overleg met de patiënt besluiten welke vorm van zorg passend is (zie ook het '[Kader Passende Zorg, Rijksoverheid.nl](#)'). De professionele medische standaarden, richtlijnen en normen in de huisartsenzorg gaan echter niet (of maar beperkt) over (de afwegingen in) het gebruik van een digitale vorm van zorg. Daarnaast is het digitale zorgaanbod nog in ontwikkeling. Dit vraagt de komende jaren om aanpassingen en wijzigingen van de huidige normen.

Onduidelijk of aanvullende randvoorwaarden nodig zijn

Bij digitale zorg door derden naast de eigen huisarts – bijvoorbeeld via een huisartsenapp – is nog onduidelijk wat dit betekent voor de rol van de eigen huisarts en de kernwaarden. We weten nog niet hoe deze ontwikkeling zich verhoudt tot de publieke waarden en of er aanvullende randvoorwaarden nodig zijn.

Op basis van de beperkingen voor toezicht die hierboven zijn beschreven, doen we aanbevelingen in het conclusiehoofdstuk.

Verdieping: Toezicht op digitaal zorgaanbod in de huisartsenzorg

Er zijn verschillende normen voor de kwaliteit, zorgplicht en kosten van digitale zorg in de huisartsenpraktijk.

Kwaliteitsnormen

Het inzetten van digitale middelen voor patiënten in de huisartsenpraktijk heeft invloed op de zorgkwaliteit. Dat geldt ook als digitaal contact in de plaats van fysiek contact komt. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft in 2021 de [‘handreiking Videoconsulten’](#) uitgebracht. Daarnaast hebben het NHG, de LHV en Nictiz in 2018 het [‘handboek E-consult, hoe regelen we dat?!’](#) opgesteld. De KNMG heeft ook normen voor online contact opgesteld. Die staan in de [‘KNMG-richtlijn ‘Omgaan met medische gegevens’](#) uit 2022.

Uit de KNMG-richtlijn en -handreiking blijkt dat de beroepsgroep goede randvoorwaarden bij online contact belangrijk vindt. Zo staat in de handreiking dat een videoconsult onder andere minder geschikt is in spoedeisende situaties, als lichamelijk onderzoek noodzakelijk is of als patiënten onvoldoende technische vaardigheden of geen veilige thuissituatie hebben. Ook is de KNMG-norm terughoudend als het gaat om online contact (inclusief e-consulten) met een patiënt waarmee de huisarts geen bestaande behandelrelatie heeft. Daarbij komt dat de huisarts voldoende relevante en betrouwbare gegevens van de patiënt moet hebben. Denk aan een betrouwbare en relevante medische voorgeschiedenis om een medisch verantwoord individueel advies te kunnen geven. Op basis van de beroepsnormen is een *digital first*-strategie dus niet vanzelfsprekend. Daarvoor moet de huisarts eerst zorgvuldig naar de randvoorwaarden hebben gekeken.

Op basis van een e-consult kan een huisarts geneesmiddelen voorschrijven. Hiervoor moet de huisarts aan bepaalde voorwaarden voldoen. Er bestaat (vooralsnog) op basis van artikel 67 van de Geneesmiddelenwet (Gnw) een verbod op het voorschrijven van geneesmiddelen via internet als de voorschrijver de patiënt niet kent, niet eerder persoonlijk heeft ontmoet of geen medicatiegeschiedenis beschikbaar heeft. Tijdens de COVID-19-pandemie gedoogde de IGJ het voorschrijven van geneesmiddelen zonder fysieke ontmoeting. Hierdoor konden huisartsen persoonlijk contact voorkomen, maar alsnog geneesmiddelen aan patiënten voorschrijven. Dit leidde vaak tot een makkelijkere manier van werken en geen grote risico's voor voorschrijvers en patiënten. Momenteel worden nadere voorwaarden uitgewerkt, waardoor huisartsen in de toekomst veilig online kunnen blijven voorschrijven. Dit betekent waarschijnlijk dat het verbod in artikel 67 van de Gnw wordt gewijzigd. Vooruitlopend daarop kunnen huisartsen – via de [‘Beleidsregel voorschrijven via internet’](#) (die vanaf 12 april 2023 geldt) – onder voorwaarden online geneesmiddelen voorschrijven.

[NEN 7510](#) is de norm voor informatiebeveiliging in de zorg voortkomend uit de [Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg \(Wabpvz\)](#). Er staat in hoe zorgorganisaties hun informatiebeveiliging moeten inrichten. De kern van de NEN 7510 gaat over het managementsysteem voor informatiebeveiliging. Dit heet ook wel een ‘information security management system’ of ISMS. Verder beschrijft de norm verschillende beheersmaatregelen. Hiermee kunnen organisaties hun risico's wegnemen of kleiner maken. NEN 7510 geldt voor elke zorgaanbieder die gegevens van personen in een zorginformatiesysteem verwerkt.

Zorgplichtnormen

In de regelgeving zijn grenzen aangegeven voor het bieden van zorg op afstand. In de [‘Beleidsregel toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw’](#) van de NZa staat dat een huisarts de inspanningsverplichting heeft om bij spoed binnen 15 minuten fysiek bij een patiënt aanwezig te kunnen zijn. Deze regelgeving is gebaseerd op [‘LHV-richtlijnen’](#). Ook *digital first*-huisartsenpraktijken moeten

aan deze eis voldoen. Dit betekent dat *digital first*-huisartsenpraktijken – maar ook reguliere huisartsenpraktijken – nooit alleen maar digitale consulten of beeldconsulten mogen bieden.

Voorwaarden vergoeding digitale zorg

De vergoeding voor het bieden van huisartsenzorg door een *digital first*-zorgaanbieder valt onder het bekostigingsmodel van de huisartsenzorg. Dit model komt ter sprake in de regelgeving van de NZa. Namelijk in de 'Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024'. Hierin staat alles over de prestaties binnen de drie segmenten.

Volgens het bekostigingsmodel bestaat een consult uit een zorginhoudelijk patiëntcontact. Denk bijvoorbeeld aan een fysiek spreekuurconsult. Maar het kan ook zonder fysiek contact zijn. Voorbeelden daarvan zijn: telefonisch, via e-mail of een internetbeeldverbinding. Huisartsenpraktijken mogen deze laatste contactvormen alleen als consult in rekening brengen als deze duidelijk een spreekuurconsult vervangen. Hierbij is de zorg – zorginhoudelijk en qua tijdsbesteding – te vergelijken met de zorg die een huisarts in een fysiek consult biedt. Een *digital first*-zorgaanbieder kan dus een consult bij de verzekeraar declareren, als die zorgaanbieder aan de voorwaarden van de consultprestaties voldoet. Dit geldt ook voor de andere zorg van de *digital first*-zorgaanbieder. In de declaratiedata is niet te zien of een consult fysiek of digitaal is geweest.



5 Regionale samenwerking

Voor het verlenen van goede zorg is het belangrijk om goed samen te werken en af te stemmen met andere zorgaanbieders. Het is de taak van verschillende partijen om ervoor te zorgen dat huisartsenzorg beschikbaar blijft en dat er een goede samenwerking in de regio is. Denk hierbij aan huisartsenpraktijken, regionale huisartsenorganisaties (RHO's), zorgverzekeraars en gemeenten.

We behandelen in dit hoofdstuk drie soorten lokale en regionale samenwerkingsverbanden binnen de huisartsenzorg: huisartsengroepen ('hagro's'), 'RHO's' en huisartsendienstenstructuren (hds'en) (zie (verwijzing naar schutblad). Bedrijfsketens in de huisartsenzorg hebben direct met deze drie type samenwerkingsverbanden te maken. Ook kijken we naar de rol van zorgverzekeraars bij samenwerking in de regio.

Verschillende samenwerkingsverbanden en toezicht op regionale samenwerking

Grondslag toezicht: Zvw

Een huisarts kan zich aansluiten bij verschillende samenwerkingsverbanden

- Huisartsen-dienstenstructuren (hds'en)
- Huisartsengroep (hagro)
- Regionale Huisartsen Organisatie (RHO)



Beroepsgroep:

- Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA)
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling – KNMG

* Lees meer in Verdieping: Verschillende samenwerkingsverbanden en toezicht op regionale samenwerking.

In het '[Integraal Zorgakkoord](#)' (IZA) zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van de eerstelijnszorg. Zie hiervoor ook: '[Regionale samenwerking \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)'. Het is belangrijk om goede regionale afspraken te maken en een hecht wijkverband te creëren, zodat aanbieders beter kunnen samenwerken en passende zorg kunnen bieden. Dit geldt voor alle aanbieders en zorgverzekeraars in een regio.

Samenwerking, zowel op regionaal als lokaal niveau, is nodig om passende en toekomstbestendige zorg te kunnen leveren. Bedrijfsketens kunnen de druk op de huisartsenzorg verminderen en de toegankelijkheid ervan vergroten indien zij goed samenwerken met alle betrokken partijen in de regio. We zien echter dat sommige bedrijfsketens niet altijd aangesloten zijn bij de verschillende regionale samenwerkingsverbanden. Vooral bedrijfsketens met een landelijke oriëntatie kunnen niet of moeilijk aansluiting vinden bij samenwerkingsverbanden zoals huisartsengroepen (hagro's) en regionale huisartsenorganisaties (RHO's)

Aansluiting bij hagro

In dit onderzoek hebben we gezien dat bedrijfsketens niet altijd zijn aangesloten bij een hagro. Als een bedrijfsketen niet bij een hagro is aangesloten, kan dit leiden tot meer druk op de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor de patiënten die ingeschreven staan bij de praktijk van de bedrijfsketen. Hagro's nemen vaak voor elkaar waar. Ook hebben hagro's een rol in kwaliteitsbeleid en vormen ze een overlegorgaan voor plaatselijke problemen.

Een aantal bedrijfsketens geeft aan veel weerstand te ervaren van huisartsenpraktijken in de regio bij het samenwerken binnen hagro-verband. Huisartsen in de regio verzetten zich in bepaalde gevallen tegen de overname van een huisartsenpraktijk door een bedrijfsketen. Na de overname is er vanuit de hagro verzet tegen de aansluiting van de betreffende bedrijfsketen bij de hagro. Bedrijfsketens geven aan dat dit verzet komt door het negatieve beeld van bedrijfsketens dat is ontstaan door berichtgeving over sluitingen van huisartsenpraktijken van bedrijfsketens. Huisartsenpraktijken geven aan dat het samenwerken met huisartsenpraktijken van bedrijfsketens in hagro-verband moeilijk is omdat de bedrijfsketens vaak gebruikmaken van wisselende waarnemers. Hierdoor zijn er steeds andere deelnemers aan de hagro's. Daarnaast kan er dan moeilijker worden teruggevallen op de gemaakte afspraken over waarneming. De inzet van personeel van verder gelegen locaties geeft in geval van nood, bijvoorbeeld in geval van ziekte bij een huisarts, niet onmiddellijk een oplossing.

Aansluiting bij een RHO

Een aantal bedrijfsketens is met een deel van hun huisartsenpraktijken niet of slechts op onderdelen aangesloten bij een RHO. Zoals ook toegelicht bij de hagro, kan toetreding van een bedrijfsketen op verzet stuiten. De reden hiervoor kan erin gelegen zijn dat bedrijfsketens niet altijd oog hebben voor de regionale samenwerkingsdynamiek. Een zorgverzekeraar geeft aan dat de oorzaak kan zijn dat de bestuurders van een bedrijfsketen niet uit de zorg komen. Ook kan het komen doordat de visie op het organiseren en bieden van huisartsenzorg van een bedrijfsketen niet aansluit op het regioplan van een RHO.

Aansluiting bij de hds

Een bedrijfsketen is verantwoordelijk voor de invulling van de huisartsenzorg in de ANW-uren voor zijn populatie. Meestal gebeurt dit door aansluiting bij een hds. Bedrijfsketens sluiten zich over het algemeen zonder problemen bij een hds aan. Wel zijn er enkele incidenten bekend, waar we in paragraaf 5.1 verder op ingaan.

Contracten met zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn ook een belangrijke stakeholder in regionale samenwerking en het regionaal passend organiseren van de huisartsenzorg. Wat er precies nodig is om de huisartsenzorg in een regio toegankelijk te houden, hangt af van de omstandigheden en kenmerken van een regio.

Zorgverzekeraars maken hiervoor passend zorginkoopbeleid en passende afspraken in hun contracten met huisartsenpraktijken (van bedrijfsketens), RHO's en hds'en. Zoals we eerder aangaven, hebben (veelal landelijk georiënteerde) bedrijfsketens soms moeite om zich bij de RHO's aan te sluiten. Niet alleen via het zorginkoopbeleid sturen zorgverzekeraars op het aangaan van goede samenwerkingsafspraken en contracten tussen deze partijen. Zij sturen hier ook actief op door bij problemen stevige gesprekken met beide partijen aan te gaan.

5.1 Problemen die kunnen ontstaan

Geen aansluiting bij of problemen tussen regionale partijen zet de regionale samenwerking onder druk. Bij een landelijke georiënteerde zorgorganisatie kan de regionale samenwerking meer onder druk komen te staan, omdat het verschillende regio's betreft. Wanneer bedrijfsketens niet zijn aangesloten bij regionale samenwerkingsverbanden kan dit problemen geven in de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Mogelijke problemen in samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio

Is een bedrijfsketen niet goed betrokken bij afspraken over regionale samenwerking – omdat die niet is aangesloten bij de RHO – dan kunnen er problemen in de samenwerking met andere zorgaanbieders ontstaan. Denk bijvoorbeeld aan doorverwijzingen naar de tweede lijn. Daarnaast weten we nog niet of de zorg voor kwetsbare doelgroepen en palliatieve zorg bij een gebrekkige structurele samenwerking in de wijk van voldoende niveau is.

Mogelijke problemen in multidisciplinaire ketenzorg en in de O&I

Als een huisartsenpraktijk van een bedrijfsketen niet is aangesloten bij een RHO voor de multidisciplinaire ketenzorg en afspraken over de Organisatie en Infrastructuur (O&I) in de regio, moet de praktijk de multidisciplinaire ketenzorg (bijvoorbeeld diabetes, chronische bronchitis (COPD) en cardiovasculair risicomangement) zelf vormgeven. De huisarts moet hiervoor samenwerken met andere disciplines, zoals een fysiotherapeut, oefentherapeut of diëtist. Een bedrijfsketen kan deze zorg zelf organiseren, maar dit is lastig en kost veel tijd. Ze kunnen niet gebruikmaken van de programmatische aanpak van een RHO. Dit betekent minder ondersteuning bij bijvoorbeeld ICT en personeelstekorten en, zoals hierboven ook aangegeven, minder zicht op regionale afspraken met andere stakeholders.

Mogelijke problemen in aanspraken op extra financiering

Er zijn ook financiële consequenties voor de bedrijfsketens als zij niet aangesloten zijn bij een RHO. Verschillende prestaties die de NZa opstelt – zoals regio- en praktijkmanagement – kopen zorgverzekeraars in via RHO's. Aangesloten huisartsenpraktijken ontvangen via RHO's een deel van deze financiële vergoeding. Bedrijfsketens ontvangen deze extra financiering niet als zij met hun praktijken niet zijn aangesloten bij een of meerdere RHO's.

Moeite om HIS te laten aansluiten

We zien dat bedrijfsketens en RHO's soms gebruikmaken van verschillende huisartseninformatiesystemen (HIS'en). Landelijk georiënteerde bedrijfsketens gebruiken meestal één HIS voor al hun huisartsenpraktijken in het land. Maar vaak verschilt het

gebruikelijke HIS per regio. Elke huisarts kan vrij een HIS kiezen, maar er zijn gebieden waar vanuit de RHO wordt geadviseerd om je als huisartsenpraktijk aan te sluiten op het regionaal gebruikelijke HIS, zodat de RHO beter kan ondersteunen. Mocht de bedrijfsketen niet aansluiten op het regionaal gebruikelijke HIS, dan kunnen alsnog de meeste HIS'en goed met elkaar communiceren, maar het kost beide partijen wel meer moeite om dit goed in te regelen.

Moeilijker invullen van ANW-diensten

Er zijn incidenten geweest, waarbij een bedrijfsketen tekort is geschoten en diensten op de huisartsenpost niet opgevuld kreeg. Als een bedrijfsketen de zorg voor de ANW-uren niet heeft geregeld, kan zij hierop aangesproken worden door de toezichthouders. Ook de zorgverzekeraar kan maatregelen treffen omdat gemaakte contractafspraken niet worden nagekomen. Volgens afspraken uit het IZA werkt het veld op dit moment aan een betere verdeling van de ANW-diensten (zie ook de ['kamerbrief over versterking van de eerstelijns'](#)). Met als doel: het eerlijker verdelen van de verantwoordelijkheden onder alle huisartsen (praktijkhouders en waarnemende huisartsen). De implementatie van deze betere verdeling is al in een ver stadium. Door een andere verdeling blijven er minder diensten voor de huisartsenpraktijk (van een bedrijfsketen) over om in te vullen of door te verkopen.

Als een huisartsenpraktijk van een bedrijfsketen niet is aangesloten bij een hds en daarmee niet participeert in de ANW-dienstenstructuur, krijgen patiënten die bij deze praktijk zijn ingeschreven nog steeds zorg in de ANW-uren. Voor patiënten is het namelijk zo geregeld dat in Nederland iedere arts verplicht is om noodzakelijke zorg te bieden aan iedereen die zich tot hen wendt. Dit staat bijvoorbeeld in de ['gedragscode voor artsen van de KNMG'](#) die volgt uit de wet. Dit staat los van eventuele bekostigingsvraagstukken en contractafspraken. Dit betekent dat de huisartsenspoedpost een patiënt die zorg nodig heeft altijd helpt. Als een bedrijfsketen niet participeert in de ANW-dienstenstructuur, vormt dit echter wel een probleem in de samenwerking en onderlinge werkverdeling in een regio. Omdat zorgaanbieders niet mogen weigeren, komen de lasten van de praktijken die de 24 uren-zorg niet leveren automatisch bij de andere huisartsen terecht.

5.2 Waar knelt het toezicht?

In de vorige paragraaf hebben we gekeken naar welke problemen bij bedrijfsketens kunnen ontstaan als zij niet zijn aangesloten bij regionale samenwerkingsverbanden. Deze problemen vormen een risico voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. We willen met toezicht ervoor zorgen dat de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg behouden blijft en problemen verminderen. Hierbij zijn er wel een aantal aandachtspunten die we hieronder beschrijven.

Normen voor goede samenwerking ontbreken

Omdat de Wkkgz niet expliciet bepaalt dat goede zorg ook inhoudt dat moet worden samengewerkt tussen zorgaanbieders om de cliënt de beste zorg te bieden, ervaart de IGJ in de toezichtspraktijk soms te weinig handvaten om zorgaanbieders aan te kunnen spreken op het ontbreken van die samenwerking in het belang van goede zorg. Ook ontbreekt het aan duidelijke professionele normen, die de noodzakelijke onderlinge samenwerking in algemene zin beschrijven.

De IGJ heeft net als de NZa bij regionale samenwerking tussen zorgaanbieders vooral een informele toezichthoudende rol. In het geval van problemen in de samenwerking tussen meerdere partijen is het vaak complex om een verantwoordelijke partij aan te wijzen en vaak niet doenlijk om alle zorgaanbieders individueel aan te spreken.

In de beleidsreactie op de evaluatie Wkkgz heeft de minister wel aangekondigd in de Wkkgz de samenwerking tussen zorgaanbieders als onderdeel van goede zorg een plaats te willen geven. Het doel van deze wijziging is expliciet te maken dat samenwerking onderdeel van goede zorg kan zijn en daarmee ook meer handvatten te bieden aan de IGJ om zorgaanbieders te kunnen aanspreken wanneer in het belang van de kwaliteit of toegankelijkheid van zorg deze onvoldoende tot stand komt.

Gedeelde verantwoordelijkheid voor regionale samenwerking

De NZa houdt bij regionale samenwerking vooral toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Maar bij goede, regionale samenwerking om de huisartsenzorg toegankelijk en kwalitatief hoog te houden, zijn meerdere partijen nodig. Hierin is nog ruimte voor verbetering. Vanuit hun zorgplicht hebben zorgverzekeraars hierin een grote verantwoordelijkheid. De NZa verwacht dan ook van zorgverzekeraars dat zij – als dat nodig is – een leidende rol in de regio pakken om de zorg toegankelijk te houden. De uitdaging ligt in het regionaal duidelijke afspraken maken tussen onder andere huisartsenpraktijken (van bedrijfsketens), RHO's, gemeenten en zorgverzekeraars over de organisatie van zorg en de rol van de huisarts binnen die afspraken.

Op basis van de beperkingen in ons toezicht die hierboven zijn beschreven, doen we aanbevelingen in het conclusiehoofdstuk.



Verdieping: verschillende samenwerkingsverbanden en toezicht op regionale samenwerking

Samenwerkingsverbanden

Een hagro is een (informeel) samenwerkingsverband (zonder rechtspersoonlijkheid) van huisartsenpraktijken op wijk-, lokaal of gemeentelijk niveau voor waarneming bij bijvoorbeeld vakantie of ziekte. Ook kan een hagro functioneren als een eenheid voor het kwaliteitsbeleid en overleg over diagnostiek of farmacotherapie, overlegorgaan voor plaatselijke problemen (zoals beschikbaarheid) en kan een hagro deelnemen aan grotere organisaties (zoals een huisartsenspoedpost of RHO).

Een RHO is een formeel samenwerkingsverband van huisartsen dat:

- Als organisatie het centrale aanspreekpunt is voor de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgpartijen, zoals organisaties in de Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT) en geestelijke gezondheidszorg (ggz), ziekenhuizen en het sociaal domein (gemeente).
- Namens de huisartsen gemandateerde afspraken maakt met de zorgverzekeraar over het gebruik van het collectieve geld voor Organisatie en Infrastructuur (O&I-geld).
- De huisartsen in de regio helpt met onder andere automatiserings- en informatiseringsbeleid, bedrijfsvoering, arbeidsmarktproblematiek en/of kwaliteitsbeleid.
- Programmatische ketenzorg in de regio vormgeeft.

Voor huisartsenzorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag zijn er 's avonds, 's nachts en in het weekend de huisartsenspoedposten. In totaal zijn er 105 'huisartsenspoedposten'. Deze zijn georganiseerd in 52 rechtspersonen* (hds'en). Een huisartsenpraktijk sluit zich aan bij een hds om huisartsenzorg voor de ingeschreven patiënten in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) 24 uur per dag en zeven dagen per week te borgen. De huisarts van de praktijk waarbij patiënten zijn ingeschreven (meestal de praktijkhouder), is verantwoordelijk om verschillende diensten op de huisartsenspoedpost te draaien als hij of zij zich aansluit bij een hds. De verantwoordelijke huisarts kan deze diensten ook 'doorverkopen' aan waarnemend huisartsen.

**Onder rechtspersonen verstaan we: een juridische constructie waardoor een organisatie rechten en plichten kan bezitten. De rechtspersoon is een organisatie, een vennootschap, die zelfstandig kan deelnemen aan het rechtsverkeer.*

Wettelijk kader

De NZa houdt op basis van artikel 16 van de Wmg toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. De zorgplicht is opgenomen in artikel 11 van de Zvw. Bij het toezicht op de zorgplicht verwacht de NZa van zorgverzekeraars dat zij zich maximaal inspannen om de huisartsenzorg regionaal passend te organiseren. De NZa kan zorgverzekeraars – die dat onvoldoende doen – hierop aanspreken. In 'Handvatten bij de uitvoering van de zorgplicht' staat wat er van zorgverzekeraars wordt verwacht rondom de zorgplicht.

Via de bekostiging ('O&I-prestaties') van de NZa wordt de financiering voor verschillende regionale samenwerkingsverbanden gefaciliteerd.

De NZa draagt daarnaast bij aan regionale samenwerking door haar faciliterende en aanjagende rol bij de regiobeelden en -plannen. In het rapport 'Van regiobeeld naar regioplan' is daarover meer te lezen.

De IGJ heeft net als de NZa ook een aanjagende en stimulerende rol. Hierbij houden we toezicht via artikel 3 van de Wkkgz dat zegt dat de zorgaanbieder datgene moet doen wat redelijkerwijs nodig is om goede zorg te bieden.

Richtlijnen uit de beroepsgroep:

Voor het verlenen van goede zorg is het belangrijk om goed samen te werken en af te stemmen met andere zorgaanbieders. Er is een aantal handreikingen en richtlijnen over de manier waarop de zorg moet samenwerken. Denk bijvoorbeeld aan de '[Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken](#)' over verschillende aandoeningen of doelgroepen. Of aan de '[Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#)' van de KNMG uit 2022. Het gaat in deze voorbeelden om samenwerking rondom een ziekte, proces of gezondheidsprobleem van één patiënt en vaak om samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders, ook niet-huisartsen. Het gaat in deze handreikingen en richtlijnen dus níét om samenwerking in algemene zin.

Ook in de [Visie eerstelijnszorg 2030](#) waar verschillende partijen aan hebben gewerkt, staan verschillende richtlijnen over samenwerken in de eerstelijnszorg.



6 Conclusie, aanbevelingen en vervolg

In dit onderzoek hebben we met een brede blik naar bedrijfsketens in de huisartsenzorg gekeken. In een veranderend zorglandschap kunnen bedrijfsketens bijdragen aan de toekomstbestendigheid van de huisartsenzorg. We hebben echter naar verhouding veel meldingen en signalen van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontvangen over bedrijfsketens in de huisartsenzorg. Uit dit onderzoek en ons reguliere toezicht blijkt dat de kwaliteit, toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de rechtmatige besteding van zorggeld bij een deel van deze bedrijfsketens niet altijd goed geborgd is en dat we als toezichthouders knelpunten ervaren. Op basis van deze knelpunten doen we in de volgende paragraaf aanbevelingen aan verschillende partijen. In de laatste paragraaf gaan we in op de doorontwikkeling van ons toezicht.

Aanbevelingen

1 Borging van goed bestuur en professionele bedrijfsvoering

Eerder hebben we beschreven dat we zien dat bedrijfsketens in de huisartsenzorg kunnen uitgroeien tot zorgorganisaties van aanzienlijke omvang. Dit brengt het risico met zich mee dat als deze zorgorganisaties in financiële problemen komen, de toegankelijkheid van huisartsenzorg op forse schaal in het geding kan komen. Bij deze bedrijfsketens in de huisartsenzorg zijn de deskundigheid van het bestuur en een professionele bedrijfsvoering van groot belang. Zeker in tijden van noodzakelijke transitie en waar veranderkracht van groot belang is. Onze bevoegdheden op goed bestuur en professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording zijn divers vastgelegd in verschillende wetten en regels. Beroepsnormen vullen dit vaak verder in. Deze beroepsnormen geven invulling aan wat we verstaan onder goede zorg en gaan vooral over de veiligheid, kwaliteit en de continuïteit van de zorg en benodigde zelfstandige eisen. Deze beroepsnormen gaan niet of nauwelijks over onderwerpen zoals competenties, vaardigheden en kennis voor (zorg)bestuurders, financiële bedrijfsvoering en transparante verantwoording. Onderwerpen die van groot belang zijn bij grote zorgorganisaties waarbij veel in- en externe samenwerking nodig is. Om hieraan vanuit het toezicht meer vorm en richting te geven doen we drie aanbevelingen ten aanzien van het borgen van een goed bestuur en professionele bedrijfsvoering.

1a Deskundigheid van het bestuur

We adviseren de minister van VWS te onderzoeken of het wenselijk is meer eisen te stellen aan de deskundigheid van bestuurders van zorgorganisaties van aanzienlijke omvang. Het gaat om een gezamenlijke verkenning met ons als toezichthouders over hoe we meer kunnen toewerken naar duidelijkere normering voor de deskundigheid van het bestuur en de mogelijkheden tot meer gestructureerde interventies daarop. Het vertrekpunt hierbij is bestaande wet- en regelgeving voor het borgen van goed bestuur en professionele bedrijfsvoering.

In geval van zorgorganisaties van aanzienlijke omvang, kunnen de risico's van falende bestuurders voor de continuïteit, veiligheid en kwaliteit van zorg aanzienlijk zijn. Dit hoeft niet alleen te gelden voor grote zorgorganisatie op één locatie, maar kan ook gelden voor bedrijfsketens die veel verschillende vestigingen in het land hebben. We vinden het van belang

dat het bestuur van dergelijke zorgorganisaties voldoende (toetsbaar) deskundig is om de complexe in- en externe samenwerking goed te organiseren samen met de medewerkers en andere (regionale) belanghebbenden. De IGJ en NZa ervaren dat het huidige toezichtinstrumentarium voor deze, steeds belangrijker wordende taak, niet dekkend genoeg is.

Er zijn al verschillende wetten (zoals de Wkkgz, Wmg en Wtza) die gaan over de voorwaarden voor bestuurbaarheid van een zorgaanbieder. De interne toezichthouder heeft een nadrukkelijke rol ten aanzien van het bestuur van een zorgaanbieder. Aan de hand van de richtlijnen in de Governancecode zorg en het kader Goed Bestuur voeren we al wel als toezichthouders het gesprek met bestuurders om ze op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te wijzen. Indien blijkt dat de deskundigheid van de bestuurder onvoldoende is om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg binnen de complexe structuren te borgen, is het van belang dat de (externe) toezichthouders voldoende zijn toegerust om te kunnen interveniëren. Daarom bevelen we aan om met elkaar een visie en concreet beleid te ontwikkelen over hoe toezichthouders zich meer normerend kunnen opstellen richting bestuurders omwille van het publieke belang van goede zorg.

1b Werking van de financiële bedrijfsvoering

We adviseren de minister van VWS om in artikel 40a van de Wmg inhoudelijk toetsbare normen te stellen voor de werking van de financiële bedrijfsvoering van zorgorganisaties van aanzienlijke omvang of de NZa beleidsruimte te geven dit in te vullen.

Artikel 40a Wmg stelt eisen aan de financiële bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Deze hebben betrekking op de opzet en het bestaan van financiële processen. Hierdoor kan de NZa beschrijvingen opvragen van de financiële processen, planning en control en risicomanagement. Als er geen beschrijving is, kan de NZa hierop handhaven. De NZa kan niet ingrijpen als de beschreven financiële processen niet worden nageleefd. Dit komt doordat werking van de financiële bedrijfsvoering nu nog buiten de reikwijdte van artikel 40a Wmg valt. Hierdoor is het NZa- toezicht op de financiële bedrijfsvoering maar beperkt effectief.

De NZa vindt het bij grote zorgorganisaties, zoals bedrijfsketens in de huisartsenzorg, wenselijk om zich in haar toezicht ook te kunnen richten op de goede werking van de bedrijfsvoering. Daarvoor is het nodig dat artikel 40a van de Wmg wordt uitgebreid met een kwalitatieve toets op de werking van de bedrijfsvoering.

1c Financiële ratio's

We adviseren de minister van VWS om de komende periode samen met de NZa te inventariseren of bij zorgorganisaties van aanzienlijke omvang een vorm van normering nodig is t.a.v. financiële ratio's en hoe de wet hierop zo nodig aangepast kan worden.

Financiële problemen bij zorgorganisaties van aanzienlijke omvang kunnen grote gevolgen hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Voor de toezichthouders bestaan er nog geen vastgestelde indicatoren om de financiële soliditeit te toetsen. Vanwege de risico's rond de besteding van zorggeld en de financiële continuïteit, vinden we het belangrijk dat voor bedrijfsketens een vorm van normering komt voor financiële ratio's, waaronder de solvabiliteit. En vervolgens meer aandacht van de toezichthouders voor de naleving ervan.

Op het moment dat er meer normering in wetgeving komt ten aanzien van de deskundigheid van het bestuur, de werking van de financiële bedrijfsvoering en/of financiële ratio's, dan raakt dit ook aan zorgorganisaties van aanzienlijke omvang in andere zorgsectoren.

Het is met bovengenoemde aanbevelingen niet de bedoeling de normering voor alle zorgaanbieders aan te scherpen, en hiermee de administratieve lasten voor iedereen te vergroten. In de wet- en of regelgeving moet gespecificeerd worden wat onder zorgorganisaties van aanzienlijke omvang verstaan kan worden. Bijvoorbeeld door het aangeven van een minimum aantal zorgverleners dat in dienst is bij de zorgorganisatie of een minimum omzet dat gegenereerd wordt. Het is uiteindelijk aan de wetgever om te bepalen of uitbreiding van ons toezicht op één of meerdere van bovengenoemde onderdelen mogelijk en wenselijk is en hoe dit precies wordt vormgegeven.

2 Concentratietoets

De NZa vraagt de minister van VWS te onderzoeken hoe meer ruimte gecreëerd kan worden om bij de zorgspecifieke concentratietoets ook op enkele inhoudelijke aspecten te toetsen.

De NZa toetst door middel van de zorgspecifieke concentratietoets of als gevolg van de concentratie de normen van cruciale zorg in gevaar komen en of het concentratieproces zorgvuldig is doorlopen bij de concentratieplannen. De zorgspecifieke concentratietoets is vooral een procedurele toets. Het instrument biedt zeer beperkt de mogelijkheid om evident onwenselijke concentraties op inhoudelijke gronden tegen te houden. De NZa vindt het wenselijk dat ze meer inhoudelijke toetsingsgronden krijgt en hiermee de bevoegdheid om een overname te verbieden of uit te stellen.

Er is een wijziging van de Wmg nodig om de NZa meer ruimte te geven om concentraties inhoudelijk te toetsen. Het ministerie van VWS en de NZa onderzoeken al welke inhoudelijke toetsingsgronden wenselijk zijn. We verwachten dat hierin de loop van 2024 meer over bekend wordt. De inhoudelijke toetsing van de zorgspecifieke concentratietoets geldt in dit geval ook voor alle zorgaanbieders die op grond van artikel 49a Wmg goedkeuring van de NZa moet krijgen voor een concentratie.

3 Wettelijke verankering gebruik AGB-code

De NZa verkent of het mogelijk is het gebruik van de AGB-code door de uitvoerende zorgaanbieder (zoals een vestiging) wettelijk te verankeren. Hierbij werkt de NZa – als dat nodig is – samen met het ministerie van VWS.

Voor het toezicht van de NZa op zorgkosten is monitoring op declaratiegedrag noodzakelijk. Dit moet dan wel voldoende betrouwbare gegevens opleveren. Door sommige contractuele afspraken tussen *digital first*-bedrijfsketens en zorgverzekeraars – zoals *all-in* tarieven en declareren op één AGB-code – ontstaat declaratiegedrag dat het toezicht van de NZa op zorgkosten moeilijker maakt. Op de contractuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben we geen invloed.

Als het gebruik van de AGB-code door de uitvoerende zorgaanbieder wettelijk wordt verankerd, dan raakt dit ook andere zorgsectoren.

4 Continuïteit van zorg en persoonsgerichte zorg

We doen voor het toezicht van de IGJ de aanbeveling aan de beroepsgroep en patiëntvertegenwoordigers om de kernwaarden ‘continuïteit van zorg’ en ‘persoonsgericht’ voor de huisartsenzorg te vertalen naar uitgangspunten – en waar dat mogelijk is – in normen. We vragen het ministerie van VWS een coördinerende rol te nemen en relevante partijen, zoals Zorginstituut Nederland en zorgverzekeraars, te betrekken.

Adequate personele bezetting is een voorwaarde voor het verlenen van goede zorg. Momenteel kunnen we achteraf toetsen of er goede zorg is verleend. Personele bezetting houdt verband met de mogelijkheid om de kerntaken uit te voeren. Voor de spoedzorg zijn wat betreft de kerntaken concrete normen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid opgesteld. Indirect zeggen deze normen ook iets over de benodigde personele bezetting om hieraan te kunnen voldoen.

Daarnaast gaat het - wat betreft het toetsen van goede zorg – ook om de invulling van de kernwaarden, zoals continuïteit en persoonsgerichte zorg. We kunnen vanuit de kernwaarden en de bijbehorende beschikbare normen van de beroepsgroep niet goed toetsen of de personele bezetting in een huisartsenpraktijk voldoende is om continuïteit en persoonsgerichte zorg te borgen. We vinden het daarom belangrijk dat er uitgangspunten en waar mogelijk normen komen voor nadere concretisering van de kernwaarden. Naast achteraf toetsen van goede zorg, zou er in theorie – wanneer relevant - dan ook direct getoetst kunnen worden of de personele en materiele middelen voldoende zijn om redelijkerwijs goede zorg te kunnen verlenen. Dit geeft de IGJ meer handvatten voor toezicht op en geeft meer duidelijkheid aan zorgaanbieders over de invulling van bepaalde randvoorwaarden om redelijkerwijs goede zorg te kunnen verlenen.

Het is bij het bepalen van de uitgangspunten en/of normen belangrijk dat er rekening wordt gehouden met nieuwe ontwikkelingen, zoals digitaal aanbod, taakdelegatie en nieuwe manieren van werken. Ook moeten contextuele ontwikkelingen – zoals de arbeidsmarktkrapte en regionale verschillen – daarbij worden meegenomen.

Deze aanbevelingen zijn niet alleen belangrijk voor bedrijfsketens, maar voor de hele huisartsenzorg. Deze aanbeveling beperkt zich tot de huisartsensector.

5 Onderzoeken specifieke vormen van digitale zorg

We roepen de minister van VWS op om de mogelijke consequenties voor de huisartsenzorg van de introductie van specifieke vormen van digitale zorg geleverd door derden (niet zijnde de eigen huisarts) te onderzoeken. En om te kijken of er aanvullende randvoorwaarden nodig zijn om de kwaliteit van de zorg te borgen.

Door specifieke vormen van digitale zorg door derden kan de rol van de eigen huisarts en de poortwachtersfunctie buiten beeld raken. Dit speelt bijvoorbeeld bij huisartsenapps die zorgverzekeraars samen met *digital first*-bedrijfsketens ontwikkelen. Een ander voorbeeld zijn betaalde/commerciële diensten waar medische vragen digitaal gesteld kunnen worden. Wat betekent dit voor de kernwaarden van de huisartsenzorg? Wie is aanspreekbaar op bijvoorbeeld de kwaliteit? Wie houdt regie? Hoe wordt samenwerking georganiseerd? Wat voor soort zorg is het voor de wet? Welke regels gelden er?

Zelf bekijken we per situatie hoe we vanuit ons toezicht invloed uit kunnen oefenen op de kwaliteit en bekostiging van de (huisartsen)zorg. Deze aanbeveling raakt de gehele huisartsenzorg.

6 Ontwikkeling handreikingen/veldnormen voor afweging fysiek dan wel digitaal contact

We roepen de beroepsgroep (het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)) op om huisartspraktijken te ondersteunen bij het maken van de afweging of fysieke dan wel digitale zorg passend is. Gezien het belang voor patiënten moeten zij hierbij ook patiëntvertegenwoordigers betrekken.

Digital first-huisartsenzorg kan onder voorwaarden en in bepaalde gevallen een goed aanbod zijn. Zo moeten *digital first*-bedrijfsketens goede afspraken met reguliere huisartsenpraktijken maken over samenwerking, fysieke consulten, spoedzorg en digitale dossiervoering. Ook moet altijd beoordeeld worden of digitale zorg passend is bij de zorgvraag van de patiënt. Denk aan patiënten met complexe zorgproblematiek. Via artikel 2 en 3 uit de Wkkgz en bestaande veldnormen kunnen we toezicht houden op de kwaliteit van *digital first*-bedrijfsketens. Daarbij is het wel van belang dat ook voor digitale zorg een concrete uitwerking van de kernwaarden van de huisartsenzorg gemaakt moet worden, zoals we al eerder aangaven in hoofdstuk 3.2 'Kwaliteit huisartsenzorg'. Digitale zorg en de manier waarop die zorg geboden wordt zijn in ontwikkeling. Dit vraagt de komende jaren mogelijk om aanpassingen en wijzigingen van de huidige normen.

Er moeten kaders of uitgangspunten worden opgesteld wanneer fysieke dan wel digitale zorg passend is. Deze aanbeveling raakt de hele huisartsenzorgsector.

7 Richtlijnen voor regionale samenwerking in de regio

We adviseren om vanuit een brede vertegenwoordiging van de zorg – zorgaanbieders, brancheorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten normen voor regionale samenwerking op te stellen. Daarnaast roepen we de minister van VWS op om het gesprek hierover aan te jagen en duidelijke richtlijnen rondom rollen en verantwoordelijkheden te blijven ontwikkelen.

Het moet duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is in de regio en wat de rollen en verantwoordelijkheden van partijen zijn om de toegankelijkheid tot huisartsenzorg te borgen, voor nu en in de toekomst. Benoem scherper de verantwoordelijkheden bij de uitwerking van plannen en de visie eerstelijnszorg in het IZA.

We roepen de minister van VWS op om regie te nemen bij het vormgeven van de benodigde randvoorwaarden om regionale samenwerking te verbeteren. Creëer een (wettelijke) basis voor partijen om elkaar aan te spreken op hun inspanningen tot samenwerking. Samenwerking is nu niet uitdrukkelijk geregeld in de Wkkgz. In de beleidsreactie op de evaluatie Wkkgz heeft de minister wel aangekondigd dat in de Wkkgz de samenwerking tussen zorgaanbieders als onderdeel van goede zorg een plaats te willen geven. Het doel van deze wijziging is het expliciet maken dat samenwerking onderdeel van goede zorg kan zijn en daarmee ook meer handvatten te bieden aan de IGJ om zorgaanbieders te kunnen aanspreken wanneer in het belang van de kwaliteit of toegankelijkheid van zorg deze onvoldoende tot stand komt.

Tevens roepen we alle partijen in de regio (bedrijfsketens, reguliere huisartsenpraktijken, zorgverzekeraars, hagro's, RHO's en hds'en) op om bij samenwerkingsproblemen met elkaar in gesprek te gaan en naar oplossingen te zoeken om de toegankelijkheid tot huisartsenzorg in de regio te borgen.

Richtlijnen van het IZA gelden voor de huisartsenzorg. Een wettelijke basis in bijvoorbeeld de Wkkgz raakt de hele zorgsector.

Risicoselectie en doorontwikkeling van ons toezicht

We onderscheiden op basis van de problemen die in de verschillende hoofdstukken staan beschreven onderstaande risicofactoren. Dit zijn factoren, die bij een bepaalde invulling een groter risico op problemen kunnen geven. We verkennen de mogelijkheid om op basis hiervan een risicoselectie instrument te ontwikkelen voor ons toezicht. Dit instrument helpt bij de selectie binnen ons toezicht van bedrijfsketens met een hoger risico op problemen in de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

1 **Zorgorganisaties van aanzienlijke omvang, *too big to fail***

Ketenvorming in de zorg kan ertoe leiden dat organisaties ontstaan die uiteindelijk zo groot zijn dat bij (financiële) discontinuïteit grote problemen kunnen ontstaan voor beschikbaarheid van huisartsenzorg.

2 **Complexe organisatiestructuur met risico op intransparantie**

- a Grote zorgorganisaties met complexe organisatiestructuren van verschillende juridische entiteiten belemmeren het zicht op hoe de verantwoordelijkheden binnen de groep en op de besteding van publieke middelen.
- b Een juridische structuur met meerdere entiteiten, waarbij een deel wel en een deel niet als zorgaanbieder kwalificeert, kan leiden tot problemen in transparantie voor intern en extern toezicht.

3 **Afstand tussen aansturing en uitvoering met onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden**

Afstand tussen aansturing en uitvoering, waarbij taken en verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn belegd geeft risico voor de kwaliteit van de huisartsenzorg. Dit risico is groter als expertise over de huisartsenzorg in het bestuur niet genoeg is geborgd.

4 **Onvoldoende (brede) deskundigheid binnen het bestuur**

Onvoldoende (brede) deskundigheid binnen het bestuur bij bedrijfsketens kan ervoor zorgen dat het bestuur niet de deskundigheid heeft om de juiste afwegingen te kunnen maken op het gebied van bedrijfsvoering, ICT, financiën, toepasselijke wet- en regelgeving op het gebied van goede en veilige zorg. Gezien de complexiteit van het besturen van een grote zorgorganisatie heeft het de voorkeur als binnen het bestuur van een keten verschillende relevante disciplines vertegenwoordigd zijn.

5 **Een te dominant streven naar winstgevendheid**

Als het streven naar winstgevendheid (rendementsdenken) te dominant is, vormt dit een risico voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

6 **Intransparantie door declaraties op één AGB-code door verschillende vestigingen (huisartsenpraktijken) en het declareren via een kwartaaltarief zonder consulten of andere prestaties**

Door declaraties op één AGB-code door verschillende vestigingen (huisartsenpraktijken) en het declareren via een kwartaaltarief zonder consulten of andere prestaties, maakt dat niet meer inzichtelijk is welke vestiging declareert of hoeveel consulten een huisartsenpraktijk levert.

7 **Onvoldoende personele bezetting om het basisaanbod huisartsenzorg te garanderen**

- a Behoorlijke personele bezetting is nodig om het basisaanbod huisartsenzorg te garanderen.
- b Met regelmatig personele wisselingen en bovengemiddeld gebruik van (wisselende) waarnemers, kan de continuïteit van de zorgverlening onder druk komen te staan.

- 8 Disbalans in fysiek en digitaal aanbod bij hybride zorg, waarbij een digitale vorm dominant is.**
Bij een disbalans in fysiek en digitaal aanbod kan persoonsgerichte zorg onder druk komen te staan. Als de balans tussen fysieke en digitale zorg niet in afstemming is met de wensen en/of mogelijkheden van de patiënt, kunnen patiënten niet altijd ergens terecht met hun zorgvraag.
- 9 Onvoldoende aansluiting bij regionale samenwerkingsverbanden.**
Als bedrijfsketens in de huisartsenzorg geen aansluiting hebben bij of als aangesloten organisaties wederzijds problemen in de samenwerking ervaren - binnen verschillende regionale samenwerkingsverbanden- dan zet dit de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg onder druk. Samenwerking met andere zorgaanbieders en regionale stakeholders draagt bij aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de patiënt.

Slotwoord

Tot slot roepen we de huisartsenzorgsector met nadruk op om vooral te (blijven) vernieuwen. Om zo de huisartsenzorg en de eerste lijn toegankelijk te houden. Zoals in de 'kamerbrief over versterking van de eerste lijn' uit 2023 staat, moet de eerste lijn in 2030 anders werken. De toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg moet behouden blijven, terwijl de eerste lijn met meer en ingewikkeldere zorgvragen te maken krijgt. Hieraan kunnen bedrijfsketens een bijdrage leveren als de randvoorwaarden voor het verlenen van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg op orde zijn.



Bijlagen

Bronnenlijst

Inleiding

- 1 [Huisartsenzorg | De Stand van de zorg 2023 | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)
- 2 [Krapte in de zorg zet kwaliteit en toegankelijkheid van zorg onder druk - signaleringsbrief NZa en IGJ aan VWS - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)
- 3 [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)
- 4 [Passende zorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)
- 5 [Visie eerstelijnszorg 2030 | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)
- 6 [Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg: van solopraktijk naar keten. | Nivel](#)
- 7 [Klacht over zorg of jeugdhulp? Het Landelijk Meldpunt Zorg | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)
- 8 [www.igj.nl](#)
- 9 [www.nza.nl](#)

Verdieping ontwikkelingen huisartsenzorg

[Nederlandse zorgkosten blijven stijgen, vooral in de langdurige zorg | Zorgcijfersdatabank.nl](#)
[Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. | Nivel](#)

Hoofdstuk Goed bestuur bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording

- 10 Gebundelde beleidsreactie op rapporten over faillissementen MC-groep (19 juni, 2020) [pdf \(overheid.nl\)](#)
- 11 [Goodwill: een korte geschiedenis - LHV](#)
- 12 [Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg: van solopraktijk naar keten. | Nivel](#)
- 13 Voor de definitie van een holding, zie: [De holding | Ondernemersplein \(kvk.nl\)](#)
- 14 Brief: Investeringsmogelijkheden voor zorgaanbieders en het bevorderen van kwaliteit en een transparante, integere en professionele bedrijfsvoering (9 juli, 2019) [691960.pdf \(sociaalweb.nl\)](#)
- 15 Voor het uitvoeringsbesluit van de Wtzi, zie: [wetten.nl - Regeling - Wet toelating zorginstellingen - BWBR0018906 \(overheid.nl\)](#)
- 16 [Brief over investeringsmogelijkheden voor zorgaanbieders van de minister van VWS van 19 juli 2019 aan de Tweede Kamer: 691960.pdf \(sociaalweb.nl\)](#)
- 17 [Rapport 'Normering winstuitkering zorg' pdf \(overheid.nl\)](#)
- 18 [Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024 - BR/REG-24132a - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)
- 19 [Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024 - TB/REG-24621-02 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)
- 20 [Rotte appels \(fd.nl\)](#) – opinie.
- 21 [Kader Goed Bestuur | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#) – pagina 9
- 22 [Kamerbrief over invoeringstoets Wtza | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl \(28-09-2023\)](#)
- 23 Voor informatie over de pauzeknop, zie: [Ben ik verantwoordingsplichtig? | Jaarverantwoording zorg –](#)
- 24 [Wetboek-online.nl | Mededingingswet | Artikel 27](#)

Verdieping toezicht goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording

[Kader Goed Bestuur | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

[Governancecode Zorg 2022 - Governance Zorg](#)

[wetten.nl - Regeling - Wet marktordening gezondheidszorg - BWBR0020078 \(overheid.nl\)](#)

[Beleid en regels Toezicht | Over de NZa | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

[Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg \(Wkkgz\) | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl](#)

[Wet toetreding zorgaanbieders \(Wtza\) | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl](#)

[Wetten in ons toezicht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

Declaraties bij bedrijfsketens

25 [Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024 - TB/REG-24621-02 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Kwaliteit van (huisartsen)zorg

26 [LHV-kader Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg” basis voor alle huisartsenzorg - LHV](#)

27 [Kerntaken in de praktijk - Toekomst Huisartsenzorg](#)

28 [Aanbod huisartsgeneeskundige zorg - LHV](#)

29 [LHV-richtlijnen Bereikbaarheid en beschikbaarheid - LHV](#)

30 [ZorgkaartNederland](#)

31 [LHV-handreiking Taakdelegatie en bekwame medewerkers - LHV](#)

32 [Standpunt Supervisie basisarts - LHV](#)

33 [Art. 38 Wet BIG - Artikel 38 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg :: Maxius.nl voorheen Lexius.nl](#)

34 [LHV-kader Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg” basis voor alle huisartsenzorg - LHV](#)

35 [Problemen door tekort aan personeel in zorg en jeugdhulp | Brief | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

36 [LHV-handreiking Team Huisartsenpraktijk - LHV](#)

Verdieping kernwaarden, kerntaken en kwaliteit huisartsenzorg

[Aanbod huisartsgeneeskundige zorg - LHV](#)

[LHV-kader Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg” basis voor alle huisartsenzorg - LHV](#)

[wetten.nl - Regeling - Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg - BWBR0037173 \(overheid.nl\)](#)

[wetten.nl - Regeling - Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg - BWBR0037173 \(overheid.nl\) artikel 11a](#)

Digitale zorgaanbod (*digital first*)

37 [E-healthmonitor 2022. Stand van zaken digitale zorg | RIVM](#)

38 [Notitie - Wel of niet vergoeden digitale huisartsenzorg uit basispakket | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

39 [Passende zorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

Verdieping normen digitale huisartsenzorg

[Alles wat u moet weten over videoconsulten met patiënten | KNMG](#)

[Handboek e-consult hoe regelen we dat?! - Nictiz](#)

[Omgaan met medische gegevens | KNMG \(22 september, 2022\)](#)

[wetten.nl - Informatie - Beleidsregel voorschrijven via internet - BWBR0048048 \(overheid.nl\)](#)

[NEN 7510: Informatiebeveiliging in de zorg - ICT in de zorg - Zorg & Welzijn](#)

[wetten.nl - Regeling - Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg
BWBR0023864 \(overheid.nl\)](#)

[Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - TH/BR-025 - Nederlandse Zorgautoriteit
\(overheid.nl\)](#)

[lhv.nl/wp-content/uploads/2021/09/20230717-LHV-Richtlijnen-beschikbaar-bereikbaar-DEF.pdf](#)

[Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024 - BR/REG-24132a - Nederlandse
Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Regionale samenwerking

40 Voor meer informatie over hagro's, zie: [Visie Organisatie actief def.pdf \(ineen.nl\)](#)

41 Voor meer informatie over RHO's, zie: [Facts & figures 'Organisatie & Infrastructuur huisartsenzorg 2022' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

42 Voor meer informatie over de afspraken in het IZA voor regionale samenwerking, zie: [Regionale samenwerking \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)

43 Brief: Versterking van de eerste lijn (17 mei, 2023) [file \(overheid.nl\)](#)

44 [Gedragscode voor artsen | KNMG](#)

Verdieping toezicht regionale samenwerking

[InEen-Benchmark-Huisartsenposten-Bulletin-2022.pdf](#)

[De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

[Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024 - TB/REG-24621-02 - --
O&I prestaties.](#)

[Rapport Van regiobeeld naar regioplan - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

[Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

[NHG-Richtlijnen \(landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken\)](#)

[Herzien: Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg | KNMG](#)

Afkortingenlijst

Afkorting	Voluit
AGB	Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners
ANW	Avond, nacht en weekend
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
Gnw	Geneesmiddelenwet
hagro	Huisartsengroep
hds	Huisartsendienstenstructuur
hidha	Huisarts in dienst bij een huisarts
HIS	Huisartseninformatiesysteem
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IZA	Integraal Zorgakkoord
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LMZ	Landelijk Meldpunt Zorg
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MTVP	Meer tijd voor de patiënt
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
O&I	Organisatie en Infrastructuur
PFN	Patiëntenfederatie Nederland
RHO	Regionale Huisartsen Organisatie
VPH	Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wabpvz	Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wnt	Wet normering topinkomens
Wtza	Wet toetreding zorgaanbieders
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
ZiN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Stadsplateau 1 • 3521 AZ Utrecht • Postbus 2518 • 6401 DA Heerlen
T 088 – 120 50 00 • E meldpunt@igj.nl • www.igj.nl

Nederlandse Zorgautoriteit

Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl